



universidade de aveiro

**Secção Autónoma das  
Ciências da Saúde**

**Graciete Luzes  
Henriques**

**Representações Sociais de Pessoas Idosas  
relativas a maus-tratos**





**universidade de aveiro**

**Secção Autónoma das  
Ciências da Saúde**

**17 de Dezembro de 2013**

**Graciete Luzes  
Henriques**

## **Representações Sociais de Pessoas Idosas relativas a maus-tratos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, na área de especialização de Intervenção Familiar e Comunitária, realizada sob a orientação científica da Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.



**O júri**  
Presidente

Prof. Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo  
Professora Adjunta, Universidade de Aveiro

**Vogal - Arguente  
principal**

Prof. Doutora Maria Helena Gomes Dos Reis Amaro Da Luz  
Professora Associada, Instituto Superior Bissaya Barreto

**Vogal - Orientadora**

Prof. Doutora Assunção da Dores Laranjeira de Almeida  
Professora Adjunta, Universidade de Aveiro



## **Agradecimentos**

Agradeço a preocupação e apoio dos amigos, em especial a atenção constante e incentivo nos momentos de desesperança pela Ana Teixeira; a disponibilidade da Marisa Costa; o empréstimo do gravador pela Betânia que me foi muito útil; e à Ana Cristina Barata por um dia ter acreditado que é possível.

Reconheço a mais valia do acompanhamento da Prof Doutora Liliana ao longo do meu percurso académico.

Agradeço a disponibilidade dos participantes a quem solicitei a participação no estudo e a colaboração das instituições que permitiram a aplicação do método de recolha de dados.

Agradeço ainda todo o apoio e dedicação da Prof Doutora Assunção com o bom desenvolvimento da minha tese.





## **Palavras - chave**

Maus-tratos a pessoas idosas, família, fatores de risco, desvalorização

## **Resumo**

Dada a elevada prevalência de mau trato a pessoas idosas em Portugal torna-se premente compreender o cerne da questão, de modo a definir soluções adequadas. Existem poucos estudos em Portugal que explorem a perspetiva da pessoa idosa relativamente ao mau trato. Assim, este estudo tem como objetivo compreender as representações sociais de pessoas idosas em relação aos maus-tratos a pessoas idosas por familiares. Optou-se por um estudo do tipo qualitativo exploratório e dirige-se a uma população alvo com mais de 60 anos, que vive em domicílio e não é vítima conhecida de mau trato. A amostra é constituída por 19 participantes e utilizou-se a entrevista semi-estruturada.

Os principais resultados deste estudo permitem concluir que as pessoas idosas têm a representação da existência de violência verbal (percursora de mau trato físico e desprezo), dois “níveis” de negligência (desprezo e abandono), exploração económica e agressão física. O abandono foi o tipo de mau trato gerador de maior revolta.

Relativamente aos fatores de risco, o mau trato foi associado às características dos familiares (sobretudo falta de valores e baixos rendimentos); das pessoas idosas (sobretudo personalidade conflituosa, elevada dependência física e o facto de possuírem muitos ou poucos recursos económicos); à relação familiar (sobretudo falta de compreensão mútua) e às características da vida atual (sobretudo mudança de ritmo de vida).



## **Keywords**

elder abuse, family, risk factors, ageism

## **Abstract**

Given the high number of cases of violence against elderly people in Portugal, it is of the utmost importance to provide deep insight into this issue in order to define the best coping strategies. There are only a few studies in Portugal which explore older people's perspective on physical abuse. Thus, the aim of the present study is to better understand the social representations of the elderly regarding the physical abuse of older people by their relatives.

The exploratory qualitative research method has been used in this study, with a population sample of individuals over 60 years of age, who are living with their families and have not been reported as victims of physical abuse. Semi-structured interviews were used with a sample of 19 participants. The main results of this study allow us to conclude that elderly people have following representations: verbal use (which can lead to physical abuse and scorn), two levels of negligence (scorn and abandonment), financial exploitation and physical aggression. Abandonment was referred to as the most revolting type of abuse. Considering the risk factors, physical abuse has been associated with the following: characteristics of families (mainly the lack of values and low income), characteristics of elderly people (mainly a quarrelsome personality, high physical dependence, and high or low economic resources), family relationships (mainly lack of mutual understanding), and current lifestyle (mainly the changing rhythms of life).



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
1. IMAGEM ATUAL DO ENVELHECIMENTO .....	21
2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PESSOA IDOSA .....	21
3. FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E RELAÇÕES FAMILIARES.....	25
4. ENVELHECIMENTO E MAUS-TRATOS .....	27
4.1. Definição de maus-tratos.....	27
4.2. Tipologias de maus-tratos .....	28
4.3. Prevalência .....	30
4.4. Fatores de risco/determinantes .....	30
5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	34
6. TEORIAS EXPLICATIVAS DO MAU-TRATO.....	35
<b>PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>39</b>
1. OBJETIVOS DO ESTUDO .....	39
2. METODOLOGIA .....	39
2.1. Tipo de estudo .....	39
2.2. População alvo e amostra.....	40
2.3. Método de colheita de dados.....	42
2.4. Método de análise de dados .....	43
2.5. Procedimentos éticos.....	44
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
<b>PARTE III- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
1. DISCUSSÃO.....	61
2. CONCLUSÃO .....	70
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1. “Índice de Barthel”	
Anexo 2. Questionário Sociodemográfico	
Anexo 3. Entrevista Semi-Estruturada	
Anexo 4. Protocolo de estudo enviado para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.	
Anexo 5. Consentimento Livre e Informado	

**Lista de Tabelas**

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da amostra.....42

Tabela 2. Categorias e Subcategorias.....45

## **Lista de Símbolos**

QV – Qualidade de Vida

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

AVD's - Atividades de Vida Diária

AVDB's - Atividades de Vida Diária Básica

OMS;WHO - Organização Mundial de Saúde

UCSP I - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados I





## INTRODUÇÃO

Atualmente verifica-se um envelhecimento generalizado da sociedade nos países desenvolvidos (Abreu & Peixoto, 2009). Esta perspetiva demográfica enquadra-se na realidade portuguesa em que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 40 anos, passando de 9,7% no total da população em 1970 para 19% em 2011 (INE, 1975, 2012a). A esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar e não se prevê que os níveis de fecundidade possam recuperar para valores próximos dos necessários para assegurar a substituição das gerações (Abreu & Peixoto, 2009). Compreende-se assim que as projeções indiquem que em 2060 existam cerca de três pessoas idosas por cada jovem (INE, 2008, 2009).

O envelhecimento da população envolve desafios sociais, económicos e culturais para a sociedade e famílias. Nestes termos é pertinente que se efetuem reflexões e análises sobre as situações diretamente relacionadas com as pessoas idosas, nomeadamente a idade da reforma, os meios de subsistência, a Qualidade de Vida (QV), o seu estatuto na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente (Serviço de Estudos sobre a População, 2002, p. 189). Assim, a adaptação às exigências sociais passa pela operacionalização de programas públicos e políticas ajustadas de modo a responder às necessidades específicas da população idosa (HelpAge & UNFPA, 2012).

Por vezes a imagem social da pessoa idosa, no que diz respeito às oportunidades de participação traduz-se em preconceitos que, quando negativos, são barreira para a resposta adequada a essas necessidades específicas (Cerqueira, 2010). A perceção social da falta de poder das pessoas idosas e a desvalorização de que são alvo, alimentam ainda processos de intimidação e mau trato (Dias, 2005).

O Relatório Europeu de Prevenção contra os maus-tratos a pessoas idosas da Organização Mundial de Saúde (WHO) refere que em Portugal 39% das pessoas idosas são maltratadas, o que coloca o nosso país na lista dos cinco países europeus com maior prevalência de maus-tratos a pessoas idosas. Dentro destes maus-tratos 33% são considerados como abusos psicológicos, 17% extorsão, 13% violação dos seus direitos, 10% negligência, 4% abusos sexuais e 3% abusos físicos (WHO, 2011). A nível nacional, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) fornece por faixas etárias o total anual nacional de pessoas que solicitaram apoio em situações de crime e

violência (APAV, 2013a). De salientar que entre 2000 e 2012 a APAV registou um aumento de 179% no número de processos de apoio a pessoas idosas (APAV, 2013b). De considerar que a maior parte da investigação sobre este fenómeno utiliza amostras seletivas e referenciais diferentes, não sendo possível construir uma caracterização fidedigna ao nível nacional. Compreende-se assim que a informação sobre a violência contra pessoas idosas em Portugal não traduza a sua prevalência (Dias, 2005; Fernandes, 2011). Independentemente disso os dados estatísticos traduzem que atualmente deparamo-nos com elevada prevalência de mau trato a pessoas idosas em Portugal o que merece apreensão (APAV, 2013b; WHO, 2011).

Na comunidade científica o tema dos maus-tratos a pessoas idosas é relativamente recente. O estudo do abuso a crianças e a conjugues emergiu primeiro, tendo as pessoas idosas sido as últimas a despertar o interesse científico e a ser esta considerada uma questão de saúde pública (Reichenheim, 2006; WHO/INPEA, 2002). A partir daí houve um foco crescente na investigação sobre o abuso das pessoas idosas, considerando questões como os direitos humanos, igualdade de género e o envelhecimento da população (WHO/INPEA, 2002). De acordo com Dias (2005) e Giurani & Hasan (2000) estes atos de abuso além de provocarem sofrimento físico, psicológico e emocional violam os direitos humanos. Com o aumento do envelhecimento demográfico a prevalência tenderá a aumentar se não se compreender a questão dos maus-tratos, de modo a definir as soluções mais adequadas (as cited in Dias, 2005, p.262).

Atualmente não se verifica coerência na definição de mau trato, na utilização de protocolos e instrumentos para a triagem e avaliação nem na intervenção entre os serviços de proteção de adultos e as profissões de saúde (Reichenheim, 2006; Rn & Jogerst, 2008). A maioria das definições de abuso a pessoas idosas tem sido concebida a partir da perspetiva de profissionais (Erlingsson, 2007; Walsh & Yon, 2012). Entende-se que o desenvolvimento de uma definição mais adequada exige uma análise cuidadosa das perceções das pessoas idosas, tendo em conta também a heterogeneidade que existe dentro das populações (Walsh & Yon, 2012) .

Concretamente em Portugal existem poucos estudos qualitativos relativos aos maus-tratos que explorem a perspetiva da pessoa idosa. Neste sentido pretende-se com este estudo responder à questão de investigação: Quais as representações sociais das pessoas idosas em relação aos maus-tratos a pessoas idosas em contexto familiar?

Os resultados deste estudo são relevantes para a intervenção e acompanhamento de pessoas idosas permitindo identificar: i) situações de maus-tratos usualmente não reconhecidas pelos profissionais e/ou sociedade, mas relevantes para as pessoas idosas; ii) Situações de maus-tratos identificadas pelos profissionais, mas não valorizadas/reconhecidas pelas pessoas idosas. Este tipo de abordagem permite colocar a pessoa idosa no centro da intervenção.

Esta dissertação engloba duas partes, relativas ao enquadramento teórico e ao estudo empírico. Primeiramente é abordada a representação social sobre as pessoas idosas pela sociedade; de seguida a questão da família contemporânea e das relações com a pessoa idosa, dos tipos de maus-tratos e seus determinantes. Por último são descritas a teoria das representações sociais e as teorias explicativas do abuso.

Na parte relativa ao estudo empírico são descritos os objetivos do estudo e a metodologia utilizada desde a seleção da amostra, à colheita e análise de dados. A interpretação dos dados concretiza-se na discussão e conclusão.



## **PARTE I-ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. IMAGEM ATUAL DO ENVELHECIMENTO**

A noção de envelhecimento relaciona-se com alterações biológicas e psicológicas mas também com os padrões de cada sociedade (Cerqueira, 2010). Através da construção social das competências sociais, cognitivas, crenças religiosas e capacidades funcionais associadas a cada faixa etária, cada indivíduo estabelece os seus critérios de identificação e atribuição de competências relacionadas com a idade. Este processo traduz o padrão de cada sociedade e funciona como uma ferramenta de diagnóstico social (Cerqueira, 2010). Tal coloca o indivíduo num posicionamento em relação aos outros e a si próprio que lhe permite categorizar os outros em relação à idade deles e sentir-se ou não com uma idade discrepante da que possui.

A idade percebida pelos outros relaciona-se com a ideia que se faz de um indivíduo mediante a sua aparência física ou as atividades que realiza, inferindo-se daí a sua ‘suposta’ idade cronológica (Cerqueira, 2010). Pensa-se que estas perceções têm origem e estão na causa do conceito de idade como construção social. Ambas influenciam a identidade pessoal e social dos indivíduos, determinando os papéis pessoais e sociais que desempenha ao longo da vida (Mathur & Moschis, 2005).

A perceção de idade subjetiva constituiu a forma como o indivíduo se auto percebe comparando-se com os do seu grupo etário. A visão da velhice e do que é ser velho sofre alterações à medida que o indivíduo envelhece e tendencialmente, quanto mais velhos, mais negativas são as suas perceções (Cerqueira, 2010). Mas apesar de relacionado, o número exato de anos propriamente dito tem pouco relevo. A idade subjetiva e o significado atribuído à velhice devem-se à experiência de vida, à perda de papéis devido ao declínio físico ou a cessação da participação ativa, tornando as pessoas conscientes do seu envelhecimento (Cerqueira, 2010, p. 46).

A idade percebida pelos outros tende a ser influenciada pela presença de características externas e internas nos indivíduos que a aprovem (Cerqueira, 2010). Considera-se, assim, que tanto a perceção da idade subjetiva como a idade percebida pelos outros, têm origem e estão na causa do conceito de idade como construção social (Mathur & Moschis, 2005).

### **2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A PESSOA IDOSA**

A crença numa diminuição generalizada de capacidades, motivações e QV das pessoas idosas, com a idade, pode induzi-las a olharem para si mesmas e a comportarem-se de acordo com uma imagem estereotipada, conformando-se às expectativas que os outros criam de si (Dias, 2004). Por vezes estas imagens que se traduzem em estereótipos podem-se transformar em idadismo e em particular em velhismo.

O termo idadismo, “*ageism*”, foi introduzido em 1969 por Butler, que o definiu como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o género” (Butler, 1969, p. 243). Inicialmente a definição de idadismo incluía apenas a associação de características negativas às pessoas idosas, em contraposição aos mais jovens. Posteriormente passou a incluir também características positivas - tanto contra como a favor de uma determinada faixa etária (Cerqueira, 2010). Para Fonseca (2006), o idadismo corresponde a um estereótipo, preconceito ou discriminação baseados na idade.

O termo velhismo corresponde ao idadismo intrageracional em relação às pessoas idosas, sejam estas jovens-idosas, idosas-idosas e muito-idosas, que se verifica com mais frequência à medida que os indivíduos vão envelhecendo (Giles & Reid, 2005).

Estas representações sociais generalizaram-se com a Revolução Industrial no século XX. Nesta época ocorreu um envelhecimento demográfico e houve a modernização do processo produtivo (Cerqueira, 2010). Estes fatores levaram a uma perda gradual de prestígio social das pessoas idosas. A idade cronológica passou a ser um critério de seleção. Neste contexto, agudizou-se o conflito intergeracional, culminando com a promoção de estereótipos e preconceitos em relação às pessoas idosas. Esta postura teve um papel preponderante na manutenção do velhismo e estendeu-se até ao presente (Cerqueira, 2010).

A criação de alguns novos empregos exige conhecimentos específicos e com uma vertente tecnológica para os quais as pessoas idosas estão pouco preparadas. Muitas não acompanham os atuais avanços, o que lhes retira o poder que antes detinham: o conhecimento. Acrescentando ainda o envelhecimento demográfico passam a ser vistos como a população não contributiva, um “peso social” financiado pela atual população ativa (Cerqueira, 2010; Nelson, 2005).

Neste contexto, e considerando a presença de padrões culturais de individualismo e competição económica como condições que favorecem o velhismo, surge também uma cultura de produtividade, em que as pessoas idosas passam a ser vistas como improdutivas, e associadas ao declínio e à dependência (as cited in Cerqueira, 2010, p. 77). Nesta perspetiva o valor das pessoas vale pelo que fazem, enquanto ligadas ao mundo social ativo (Dias, 2005, p. 250) .

Atualmente os mais jovens são então associados à produtividade, assim como à beleza e à vitalidade (Cerqueira, 2010). Esse mito da juventude é incutido pela comunicação social o que propicia medo do envelhecimento (Nelson, 2011). Esta busca da juventude tornou-se num valor espiritual, material e simbólico o que faz com que as pessoas tenham tendência a repelir a doença e a morte (Dias, 2005, p. 250). A teoria de gestão do medo ajuda a compreender melhor esse evitamento devido à associação destas características à pessoa idosa (Nelson, 2011; Solomon, Greenberg, & Pyszczynski, 1991). Os autores sugerem que a cultura e a religião são criações que impõem ordem e significado à nossa existência, o que nos protege de pensamentos assustadores sobre a própria morte e sobre a aparente natureza caótica da vida. Acontece que as sociedades ocidentais sentem particularmente medo da morte, muito influenciadas pelas religiões aí professadas. Enquanto que nas sociedades orientais a vida e morte fazem parte de um ciclo contínuo, assumindo-se a existência de vidas posteriores (e anteriores), no ocidente a velhice é por muitos associada ao fim da vida, perspetivando velhice e morte como quase análogas (Cerqueira, 2010, p. 78). De acordo com esta teoria a autoestima, ou seja, a crença de que se tem um lugar e propósito no mundo, serve como uma proteção contra a ansiedade associada com pensamentos de mortalidade. Sucede que as pessoas mais jovens reveem nas pessoas idosas a existência da morte o que lhes gera ansiedade e tendência a atribuir qualidades negativas às pessoas idosas e a culpá-las pela sua condição negando o pensamento de que também vão envelhecer. Este processo de evitamento provoca ainda mais ansiedade desencadeando continuamente uma atitude *ageista* (Nelson, 2011; Solomon et al., 1991).

Segundo Nelson (2004) atualmente as atitudes idadistas têm vindo a aumentar. A forma como se manifestam refletem-se também pela forma de comunicação, nomeadamente através de algumas formas subteis de comunicação paternalista (Kite & Wagner, 2002). Por vezes há o uso de frases mais simples, ditas com mais entoação, voz mais alta e mais pausada. Esta ideia baseia-se na crença de que as pessoas idosas têm problemas de audição e um funcionamento cognitivo baixo (Kite & Wagner, 2002). Ao

mesmo tempo manifesta-se também pela minimização de pensamentos sérios, preocupações e sentimentos expressos pelas pessoas idosas (Grainger, Atkinson, & Coupland, 1990). Pode também passar pela infantilização em que a forma de comunicar com a pessoa idosa assemelha-se à usada com um bebé. Esta forma de comunicação coloca-a numa condição de dependência por isso é considerada *ageista* e uma forma de abuso (Caporael & Culbertson, 1986; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

O mesmo acontece com as condutas de superproteção, que impedem a pessoa idosa de usar as suas competências, ficando assim dependente (Krug et al., 2002; Magalhães, 2012). De facto, a expectativa de que as pessoas idosas têm deficits cognitivos e físicos, pode ser debilitante em termos de autoestima e desempenho (Montorio, Colodrón, Baltar, & Trocóniz, 2002; Nelson, 2005). Degnen (2007, p. 78) considera esta visão pessimista da velhice uma experiência alienante e ameaçadora da integridade do eu (self): a pessoa idosa, que se vê e sabe que é velha, sente-se inútil e tende a adotar uma atitude derrotista. Consequentemente, muitas vezes, tem lugar um sentimento de inferioridade e de marginalização, mudanças nas relações emocionais, aumento de manifestações pouco sociais e diminuição da socialização (Degnen, 2007, p. 78). Estas formas de compensação podem levar a atitudes agressivas por parte da pessoa idosa comprometendo a qualidade da relação com os familiares (Cabanas, 1999), e aumentando assim a possibilidade de existência de maus-tratos.

Crê-se ainda que os sentimentos e estereótipos negativos levam a pessoa a encarar o bem-estar das pessoas idosas como menos importante do que o de adultos jovens e encorajam a muitos dos comportamentos abusivos praticados sobre as pessoas idosas (Dias, 2004). Compreende-se então que a WHO/INPEA (2002) entenda o idadismo como uma forma de abuso.

A imagem atual da pessoa idosa está também inscrita num contexto histórico e como tal é influenciada pelo conhecimento da história e pela imagem da pessoa idosa, inserida nesse contexto. Verifica-se que em todas as épocas a história relata uma imagem da pessoa idosa nem sempre positiva (as cited in Magalhães, 2012, pp. 93–94). A crença na velhice como a “Golden Age”, numa vivência em família extensa fez-nos acreditar na sua valorização nas famílias tradicionais (as cited in Dias, 2005, p. 251). No entanto, nestas sociedades a velhice apesar de ser fonte de poder e valorização também significava impotência e inutilidade. Algumas vezes as pessoas idosas eram abandonadas ou até mortas de forma mais ou menos cerimonial. O mau trato de pessoas idosas e o seu isolamento social não é, portanto, um fenómeno exclusivo das sociedades



industrializadas (Dias, 2005, p. 251). Contudo não deixa de ser uma questão controversa. As Nações Unidas (2002, p. 43) referem que a sabedoria, a dignidade e o respeito sempre caracterizaram o trato à pessoa idosa ao longo da história. Mas de facto, o mau trato existiu sempre o que leva a pensar, numa visão otimista, que os elevados índices mais do que reflexo de um modelo social caótico traduzem um aumento da consciência social (Estrada, 2008, p. 15).

### 3. FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E RELAÇÕES FAMILIARES

A conjuntura social, económica e cultural e as alterações na estrutura familiar têm provocado mudanças que afetam a capacidade da família de prestar apoio aos seus membros idosos.

Com a Revolução Industrial e com a migração para os centros urbanos as famílias têm evoluído de formas de coabitação alargada para formas cada vez mais nucleares e isoladas. Esta alteração nas configurações familiares traduz-se num distanciamento entre gerações e um reajustamento da relação (Sousa, Patrão, & Vicente, 2011). Segundo Sousa et al. (2011) existem evidências de que as relações não se restringem aos membros da família nuclear mantendo-se a conectividade intergeracional devido aos laços emocionais.

A relação da família com a pessoa idosa é baseada em trocas intergeracionais em torno do domínio afetivo. A guarda das crianças, a ajuda doméstica e financeira e os cuidados em caso de doença ou incapacidade são alguns exemplos (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). As pessoas idosas possuem mais disponibilidade de tempo para o cuidado dos netos o que constitui fonte de suporte (Dias, 2005). Contudo, a mudança e descontinuidade na família são fenómenos que ocorrem atualmente em maior escala o que faz com que a vida familiar seja menos estável (as cited in Sousa et al., 2011, p. 4).

Os novos modelos familiares incluem a redução do número de casamentos, o forte acréscimo dos nascimentos com coabitação dos pais, dos divórcios e da idade média de casamento (INE, 2008). Outras alterações importantes são a crescente inclusão da mulher no mercado de trabalho associado ao aumento da mobilidade geográfica. Tal coloca um dilema, pois estas foram durante muito tempo apelidadas de "guardiãs da parentela" (Vicente & Sousa, 2007). Este aspeto leva muitas vezes à acumulação de papéis pela mulher. A literatura enuncia teorias relativas ao impacto dessa condição no seu bem estar e saúde (Takeda et al., 2004):

- a) a hipótese da "escassez" advoga que a acumulação de papéis está associada a uma maior experiência de tensão e conflito, com efeitos perniciosos na saúde;
- b) a hipótese da "expansão" postula que os custos da acumulação de papéis são minorados pelas recompensas, tais como prestígio, autoestima, apoio social, remuneração financeira, maior poder e controlo dentro da família.

De facto, a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente, aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que, aliado a alguma hostilidade para com as instituições, pressiona a família no sentido de manter esse papel (Sousa et al., 2004). O dever tem sido indicado como o motivo mais poderoso para a assunção dos cuidados e pode assumir duas categorias relacionadas, cujas fronteiras são ténues (Jani-Le Bris, 1994): o dever social e o dever moral. O dever social (ações impostas por normas sociais), implica que as pessoas se sintam desvalorizadas aos olhos dos outros se não tomarem a seu cargo os seus familiares idosos dependentes e se sintam valorizadas se responderem “à regra” (Jani-Le Bris, 1994). Na maior parte das vezes, o familiar torna-se cuidador sem ter tomado conscientemente a decisão, sem se identificar com o estatuto de pessoa responsável pela prestação de cuidados (Figueiredo, 2007).

Quanto à posição da família e do Estado-Providência no apoio à pessoa idosa, Portugal é colocado ao lado dos outros países do Sul no modelo residual e conservador cujos traços incluem um Estado-providência fraco que, apesar de enfatizar uma ideologia familiarista, dá pouco apoio às famílias. Nesse modelo, os subsídios são baixos, os equipamentos insuficientes e a legislação pouco protetora. Em contrapartida, sublinha que as famílias asseguram uma grande parte da “providência” substituindo o Estado em muitas das suas funções de assistência (as cited in Sousa et al., 2011, p. 5).

Estes aspetos aliados preveem a dificuldade da família em desempenhar a função de cuidadora com qualidade.

Paralelamente, as análises económicas atuais revelam que num momento de declínio da máquina económica, a contribuição das pessoas idosas quando possuem poder de compra suficiente, tem sido importante para a manutenção das economias familiares.

## 4. ENVELHECIMENTO E MAUS-TRATOS

### 4.1. Definição de maus-tratos

O Nacional Center on Elder Abuse (2005), correspondente aos Estados Unidos da América (EUA), alega que devido à existência de diversas definições é difícil apontar com precisão que ações, ou falta delas, correspondem a abuso, o que pode contribuir para que a realidade do problema permaneça oculta.

A inexistência de uma definição uniforme, e em que haja coerência na distinção dos vários tipos de maus-tratos, constitui um entrave à elaboração de um método de avaliação que permita determinar o ponto em que se pode considerar mau trato à pessoa idosa (Reichenheim, 2006; Walsh & Yon, 2012). Um dos motivos que torna difícil esta uniformização são as diferenças culturais (Espíndola & Blay, 2007, p. 305). Outra questão prende-se com existência de diferentes tipos de mau trato (Walsh & Yon, 2012, p.106).

Para Hudson (1991), o mau trato é definido como um comportamento destrutivo dirigido a uma pessoa idosa, que ocorre no contexto de uma relação onde existe confiança, reveste intensidade ou frequência suficiente para produzir efeitos nocivos de carácter físico, psicológico, social ou financeiro, acarretando sofrimento, lesão, dor, perda ou violação de direitos humanos e diminuição da QV da pessoa idosa. Fulmer, Guadagno, Dyer, & Connolly (2004) incluem também a noção de intencionalidade, mencionando que o abuso na pessoa idosa define-se como um conjunto de ações intencionais realizadas por um prestador de cuidados, ou alguém numa posição de confiança, que causa ou provoca risco de dano a uma pessoa idosa vulnerável, ou ainda a falha por parte do prestador de cuidados em satisfazer-lhe as necessidades básicas, ou de a proteger de qualquer tipo de sofrimento.

Atualmente a definição mais comumente adotada e sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é a utilizada pela Rede Internacional de Prevenção aos Maus-tratos contra Pessoas idosas e entende-se como: “ato único, ou repetido, ou a falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relação em que há uma expectativa de confiança, que cause dano ou sofrimento de uma pessoa mais velha” (as cited in WHO/INPEA, 2002, p. 3)

Apesar de algumas definições de mau trato serem pouco claras, a maioria contem quatro elementos comuns: existe um comportamento destrutivo,

este tem como alvo uma pessoa idosa, ocorre numa relação de confiança, e provoca um dano injustificado (as cited in Paulos, 2007, p. 3).

#### 4.2. Tipologias de maus-tratos

A abordagem dos maus-tratos é complexa, de tal forma que diferentes autores sugerem diferentes classificações de tipologias de maus-tratos. De acordo com a WHO/INPEA (2002, p. 9) considera-se a classificação de maus-tratos em cinco tipos: abuso físico, abuso psicológico/emocional, abuso financeiro/material, abuso sexual e negligência.

A violência física consiste em atos de violência que provoquem dor, lesões, perturbações ou doenças, como por exemplo, empurrar, bater, dar palmadas, beliscar, alimentar de forma forçada, usar restrições físicas ou medicamentos de forma indevida (Welfel, Danzinger, & Santoro, 2000; WHO/INPEA, 2002).

Por abuso psicológico entende-se qualquer ação que cause medo, isolamento, confusão ou desorientação na pessoa idosa. Pode incluir repreensão verbal, assédio, intimidação, ameaças de punição, privação ou humilhação, nomeadamente por infantilização da pessoa idosa. A ameaça de institucionalização ou abandono são também manifestações comuns. Frequentemente, situações de abuso físico e negligência são acompanhadas de abuso psicológico (Welfel et al., 2000; WHO/INPEA, 2002).

A exploração financeira, é definida como o uso ilegal ou indevido de rendimentos ou recursos da pessoa idosa para ganho pessoal. Pode assumir muitas formas desde a negação à pessoa idosa de coisas a que tem direito, o roubo de haveres, a sua expulsão da própria casa, a coação à assinatura de contratos e mudanças no testamento ou a celebração de acordos financeiros indesejados (Welfel et al., 2000; White, 2000; WHO/INPEA, 2002). O agressor pode usar a sua posição de confiança através da manipulação psicológica ou deturpação (Conrad et al., 2011).

O abuso sexual consiste em atos de natureza sexual cometidos para gratificação do agressor, pelo uso da força ou por ameaça, sem que haja o consentimento informado da pessoa idosa. Não é considerado abuso qualquer ato destinado a um propósito médico ou que possa ser considerado uma exibição adequada de afeto (Loue, 2001; Paulos, 2007; WHO/INPEA, 2002). Existem autores que incluem este tipo de abuso na categoria de abuso físico (as cited in Paulos, 2007, p. 8)

Negligência física inclui deixar de fornecer alimentação e higiene adequada, ajudas técnicas, treino musculo-esquelético e precauções de segurança (WHO/INPEA, 2002). Este tipo de mau trato não precisa de ser intencional, pode ocorrer apenas por incapacidade do cuidador (Welfel et al., 2000; White, 2000). Lacks & Pillemer (1995) sugerem que, nesses casos, o uso de termos como abuso e negligência deturpam o problema e que será mais adequado descrevê-los como “cuidados inadequados a pessoas idosas”.

A negligência psicológica consiste na privação da pessoa idosa de estímulos sociais, de notícias e informação, deixando-a sozinha por longos períodos de tempo, ignorando-a e não respeitando a sua rotina (White, 2000; WHO/INPEA, 2002).

Estes tipos de maus-tratos são os mais nomeados em estudos, no entanto alguns falam ainda em violação de direitos, mau-trato por uso de medicamentos e autonegligência (Espíndola & Blay, 2007; Loue, 2001; Welfel et al., 2000).

A violação dos direitos inclui a privação da pessoa idosa de qualquer direito inalienável ou legal, incluindo a liberdade pessoal, bens pessoais, reuniões, liberdade de expressão, privacidade e voto. Por vezes é integrada na categoria de abuso psicológico (as cited in Welfel et al., 2000, p. 286).

Considera-se mau-trato por uso de medicamentos se a administração for realizada de forma inadequada, não seguindo as recomendações do profissional de saúde (Paulos, 2007). Uma situação comum é o uso de medicação em excesso para que a pessoa idosa acalme e não incomode (Welfel et al., 2000). Este tipo de mau-trato é entendido por alguns investigadores como uma categoria distinta, ou englobada na negligência ou no mau-trato físico por outros (Loue, 2001; Welfel et al., 2000).

Nas pessoas idosas, a autonegligência manifesta-se como uma omissão ou falha (intencional ou não intencional) em proporcionar a si próprias alimentação e hidratação adequadas, vestuário, abrigo, higiene pessoal, medicação e medidas de segurança (Burnett et al., 2008; Paulos, 2007). A esta condição surgem associadas complicações nas funções cognitivas e físicas (Burnett et al., 2008). A autonegligência é assim considerada um problema de saúde pública relevante e a razão mais comum para o encaminhamento para os Serviços de Proteção Social (Burnett et al., 2008; Day, Leahy-Warren, & McCarthy, 2013). Em alguns estudos não é referida como um tipo de mau trato, pelo facto de não estar relacionada com uma relação de confiança (Day et al., 2013). Os investigadores enfrentam o problema em determinar se a autonegligência é

um dos sintomas, o diagnóstico, ou uma síndrome geriátrica completa (Mosqueda et al., 2008).

Relativamente à percepção dos adultos mais velhos a literatura existente revela que categorizam o abuso em três áreas: negligência (incluindo o isolamento, abandono e exclusão social), a violação dos direitos humanos, legais e médicos e a privação de escolhas, decisões, status, finanças e respeito (WHO/INPEA, 2002). Para as pessoas idosas e muito idosas ainda não se procedeu a uma revisão sistemática consistente (WHO/INPEA, 2002).

De facto, verifica-se incoerência na distinção dos vários tipos de mau-trato, o dificulta o desenvolvimento de uma definição clara e uniforme de mau-trato contra a pessoa idosa (Walsh & Yon, 2012).

#### 4.3. Prevalência

A partir da pesquisa realizada em cinco países desenvolvidos, devido ao facto dos países em desenvolvimento só recentemente terem tomado consciência do problema dos maus-tratos, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano (2002, p. 127) obtiveram resultados que indicam prevalências de maus-tratos entre 4 a 6%. Relativamente às pessoas idosas que vivem em comunidade a prevalência é semelhante na medida em que apenas cerca de 4% das pessoas idosas estão institucionalizados e, destas, a ocorrência de mau trato é menos relevante (Ferreira-Alves, 2005).

Considera-se que os estudos de prevalência têm algumas características incontornáveis. Cada cultura possui diferentes concepções do comportamento abusivo, e consequentemente diferentes expectativas sobre a atribuição de deveres e poderes às pessoas idosas. Este aspeto traduz-se numa variação da prevalência do mau trato em diferentes países, condicionada também pela diferente qualidade metodológica das avaliações. Além disso as estimativas sobre abuso em pessoas idosas são difíceis de obter devido ao carácter frequentemente disfarçado do problema (as cited in Reichenheim, 2006, p. 1138).

#### 4.4. Fatores de risco/determinantes

É essencial compreender a perspetiva do cuidador informal e os aspetos positivos e negativos associados à prestação de cuidados (Figueiredo, 2007). De

considerar que o mau trato predomina quando o stress é negativo para o bem estar do cuidador (Ekwall & Hallberg, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) como aspetos motivadores mais comuns podem estar presentes: a) a nível interpessoal - proporcionar pequenos agrados; ver a pessoa idosa feliz, manter a sua dignidade e autoestima; aumentar a proximidade com a pessoa idosa e melhorar as relações familiares; experimentar expressões de apreço pela pessoa idosa, família, amigos e profissionais, e amor e afeto pela pessoa idosa; b) a nível intrapessoal - cuidar bem da pessoa idosa; desenvolver significados e valores familiares; retribuição da amabilidade passada; expressão da religiosidade; desenvolvimento de sentido de realização, de competência e de dever; desenvolvimentos de tolerância e paciência; redução de culpa.

A teoria bifatorial de Herzberg pode ser útil para a compreensão da relação entre o nível de satisfação/insatisfação e o stress positivo/negativo gerado nos cuidadores informais (Ekwall & Hallberg, 2007). O autor da teoria distingue necessidades motivadoras e higiénicas (Ekwall & Hallberg, 2007). As necessidades motivadoras são intrínsecas, dependem da satisfação na realização das tarefas no trabalho. O papel do efeito motivador é profundo e inclui sentimentos de crescimento individual, reconhecimento profissional e autorrealização (Gouveia & Batista, 2007). As necessidades higiénicas são extrínsecas, estão fora do controlo da pessoa, e abrangem as condições externas como o salário, os benefícios sociais, as condições de trabalho, as políticas, a segurança (Gouveia & Batista, 2007). Herzberg verificou ainda que quando as necessidades higiénicas são ótimas elas apenas evitam a insatisfação mas não conseguem elevar a satisfação por muito tempo (Gouveia & Batista, 2007). Percebe-se então que as condições higiénicas são básicas para o cuidador e as necessidades motivadoras essenciais para uma boa relação de cuidado.

Os determinantes de mau-trato são inconsistentes de um estudo para o outro mas alguns são comuns e muitas vezes classificados de acordo com três categorias: **caraterísticas do cuidador, caraterísticas da pessoa idosa e qualidade da relação** (Walsh & Yon, 2012).

Segundo Brozowski & Hall (2004) nas investigações é possível identificar alguns padrões entre a vítima, o agressor e o tipo de abuso. As caraterísticas das pessoas idosas são as que mais predizem o abandono e o abuso financeiro. Já o abuso físico e psicológico estão mais relacionados com a qualidade da relação e as caraterísticas dos agressores (as cited in Walsh & Yon, 2012, p. 109).

A literatura sugere também que os fatores de risco associados às características dos cuidadores são mais preditivos de maus-tratos que os associados com as características das pessoas idosas (Anetzberger, 2000). O contexto envolvente que estimula o mau trato também se revela importante (Anetzberger, 2000).

Os agressores podem ser da família ou membros não familiares, mas na maioria das vezes são filhos adultos, parceiros íntimos ou cônjuges (APAV, 2013a; Walsh & Yon, 2012).

A maioria dos estudos ressalta a forte associação entre maus-tratos às pessoas idosas e a presença de doença mental e dependência química dos cuidadores (Bristowe & Collins, 1989; Krug et al., 2002; Minayo, 2003; Sanmartín et al., 2001). Revelam também maior propensão para apresentarem perturbações de personalidade e problemas relacionados com o álcool (Homer & Gilleard, 1990; O'Leary, 1993; Reay & Browne, 2001). Quanto à exploração financeira constata-se que normalmente é a ganância que motiva uma proporção substancial de exploração. Situações de membros da família desempregados ou que tenham problemas financeiros também podem ser motivos para que tomem a gestão do dinheiro da pessoa idosa (Welfel, Danzinger, & Santoro, 2000).

O abuso muitas vezes resulta da continuação de um padrão familiar disfuncional (Ferreira-Alves, 2005). Um cuidador com história de violência tende a manter o mesmo padrão (Erlingsson, Carlson, & Saveman, 2003). Da mesma forma, uma pessoa idosa que tenha sido vítima de mau trato no passado tende a voltar a ser (Krug et al., 2002; Reis, 2000).

No que concerne à especificidade de género a maioria dos estudos consideram que as mulheres idosas, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens (Minayo, 2003; Penhale, 1999). No estudo de Pillemer & Finkelhor (1988) homens e mulheres assumem a mesma proporção de maus-tratos, contudo o grau de gravidade foi notavelmente maior nas mulheres.

As pessoas idosas mais vulneráveis são as dependentes física ou mentalmente, e que necessitam de cuidados intensivos nas AVD's (as cited in Minayo, 2003, p. 789). Entretanto alguns estudos vêm desmistificando a ideia de que as situações de maus-tratos tendem a piorar, quanto mais a pessoa idosa for dependente e mais tempo exigir atenção e dedicação (Krug et al., 2002; Minayo, 2003).

Em particular, nas situações de demência verifica-se uma maior probabilidade de abuso (as cited in Ferreira-Alves, 2005, p. 32), nomeadamente quando estas pessoas idosas apresentam atitudes agressivas e comportamentos disruptivos para com os



cuidadores, o que conduz a violência física (McDonald & Collins, 2000; Pillemer & Suitor, 1992).

Relativamente à autonegligência existem vários fatores de risco e que estão sobretudo relacionados com as características da pessoa idosa: sintomas depressivos clinicamente significativos, défice cognitivo, sexo masculino, baixos rendimentos, idade avançada, viver sozinho (Abrams, Lachs, McAvay, Keohane, & Bruce, 2002), comorbilidade, problemas de saúde mental, abuso de álcool (Day et al., 2013) e apoio social reduzido (Tierney et al., 2004).

Alguns modelos teóricos retratam uma pessoa idosa dependente e um cuidador sobrecarregado, em que o nível de stress do cuidador constitui um fator de risco de mau trato. Atualmente as pesquisas não descuram o efeito do stress, mas entendem-no no contexto global da qualidade da relação como efeito causal (Krug et al., 2002).

A pessoa idosa está mais em risco quando vive com o próprio cuidador (Krug et al., 2002; Pillemer & Suitor, 1992), se existem dificuldades financeiras por parte do cuidador (Krug et al., 2002) ou mesmo a dependência em relação à pessoa idosa para habitação e assistência financeira (Ferreira-Alves, 2005, p. 26; Krug et al., 2002, p.131).

Segundo Kleinschmidt (1997) e Reay & Browne (2001) a relação transforma-se em violenta se o cuidador se isola socialmente, possui laços débeis com a pessoa idosa ou foi vítima de violência dela no passado. A qualidade da relação anterior dos envolvidos também prevê a forma positiva ou negativa como o cuidador vê a sua tarefa, como ato de dedicação amorosa ou como castigo, o que pode determinar estados de depressão e comportamentos violentos (Krug et al., 2002; Penhale, 1999; Williamson & Shaffer, 2001).

Antes a ênfase era colocada apenas nos fatores individuais e interpessoais como fatores de risco de mau trato. Atualmente reconhece-se nas normas sociais e na cultura um importante papel (Krug et al., 2002).

O abuso pode surgir devido às expectativas da sociedade que espera que a família cuide das pessoas idosas (as cited in Erlingsson et al., 2003, p. 196). Pode ainda resultar de atitudes *ageistas*. O facto de as pessoas idosas serem vistas como menos capazes e dependentes torna-as um alvo mais fácil de exploração e mau trato (Krug et al., 2002).

A nível comunitário, o isolamento social da família surge como um dos aspetos mais significativos na previsão de mau trato (Ferreira-Alves, 2005; Krug et al., 2002; Pillemer & Suitor, 1992). As comunidades heterogéneas e com pouca coesão social,

caracterizadas por problemas de tráfico de droga, desemprego, pobreza ou pouco apoio institucional estão mais associados à violência (Krug et al., 2002).

## 5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais surgiu com Serge Moscovici em 1978, foi aprofundada posteriormente por Denise Jodelet e tem sido usada em muitos estudos de diversas áreas desde a saúde, educação, didática e meio ambiente para análise de representações sociais (Arruda, 2002, p. 128). Essa análise permite conhecer um grupo social específico e entender o porquê do seu modo de agir com seus diferentes interlocutores (Araujo, 2008, p. 103).

Moscovici considera que a representação social trata-se do sentimento que se tem sobre a realidade, as ações e informações que foram reunidas e transformadas numa teoria do senso comum, apta para explicar a sua realidade e a si próprio (Araujo, 2008, p. 103). Segundo Minayo (1994, p. 108) as representações podem ainda comparar-se a imagens construídas sobre a realidade.

Moscovici em 1987 afirma que os indivíduos, reunidos em grupos sociais, elaboram um conjunto de informações consensuais sobre a realidade com a qual se relacionam, mas entende que o indivíduo tem um papel ativo e particular na construção das representações sociais. Assim contraria visões anteriores que consideravam que a realidade era construída coletivamente (Araujo, 2008, p. 100). Entre os investigadores da área, a definição mais consensual de representação social é a de Jodelet (1989), sendo entendida como uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

No processo de construção de representações sociais um grupo social cria uma teoria consensual, ou seja, um complexo representação-ação, e a sua ação social, formando um complexo, que vai ser uma espécie de “indicador” para as ações sociais desse grupo (Araujo, 2008, p. 102). Concretamente é este complexo representação-ação que a teoria das representações sociais pretende compreender. Neste processo de construção das representações sociais a teoria é dinâmica e relacional, ou seja, o indivíduo atribui uma conotação positiva ou negativa aos factos novos e estabelece uma ordem hierárquica relativamente aos anteriormente conhecidos (Araujo, 2008). Entende-

se então que a representação social não é estanque, ocorrendo por vezes mudança de representação, dando novo significado às ações dos indivíduos.

Moscovici afirma que a representação social utiliza dois meios para exercer a sua função de familiarizar o grupo com o desconhecido como sendo a objetivação e a ancoragem (Araujo, 2008, p. 106). Estas permitem interpretar as representações sociais.

A objetivação consiste no processo de transformar algo que está no nível abstrato, partindo de imagens ou ideias, para um outro mais concreto e objetivo. Corresponde à materialização de ideias (Araujo, 2008, p. 106), formando-se assim as representações individuais. A ancoragem está associada às representações sociais construídas em grupo e é o processo de correlacionar o que é estranho ao grupo à representação social já existente. Por analogia de dados é efetuada uma classificação hierarquizada, ou seja, um novo dado é considerado positivo ou negativo de acordo com os factos que o grupo já conhece (Araujo, 2008).

## 6. TEORIAS EXPLICATIVAS DOS MAUS-TRATOS

Tem havido pouco progresso na construção de teorias dos maus-tratos a pessoas idosas, e a maior parte da literatura não faz a distinção adequada entre os fatores de risco individuais relacionados com os maus-tratos e as explicações teóricas. As mais frequentes decorrem de adaptações de teorias sobre maus-tratos a crianças (Fulmer et al., 2004, p. 297; McDonald & Collins, 2000, p. 27), sendo que as mais citadas na literatura focam-se principalmente na influência das características individuais da pessoa idosa e/ou do cuidador que na qualidade da relação.

Os modelos do Stress Situacional, a Teoria da Troca Social, o Modelo da Violência Transgeracional, o Modelo da Violência Bidirecional e da Psicopatologia do Agressor baseiam-se nas características individuais.

No Modelo do Stress Situacional os maus-tratos são tidos como um fenómeno situacional que ocorre quando se gera stress no cuidador, causado pela incapacidade física ou mental da vítima, baixas condições socio-económicas ou baixas competências de coping do cuidador (McDonald & Collins, 2000). Esta perspetiva não consegue explicar o facto de existirem cuidadores que mesmo experimentando as mesmas tensões não mal tratam. Além disso entende-se aqui a pessoa idosa como fonte de stress, como tal a teoria é criticada por a olhar como causa de mau-trato (McDonald & Collins, 2000).

A Teoria da Troca Social baseia-se na suposição de que a interação social envolve uma troca de recompensas e punições entre pelo menos duas pessoas e em que cada uma delas procura otimizar as recompensas da relação e minimizar as punições (as cited in McDonald & Collins, 2000, p. 28). Segundo esta teoria os maus-tratos explicam-se pela diferença de poder que altera a reciprocidade. A pessoa idosa vivencia muitas vezes uma condição de dependência (McDonald & Collins, 2000). O cuidador experimenta uma posição em que sente um maior poder e uma menor recompensa na relação. Para alguns investigadores esta teoria assume uma suposição *ageista* na medida em que envelhecimento não tem que implicar dependência e por vezes o próprio agressor é que se encontra dependente face à pessoa idosa (as cited in McDonald & Collins, 2000, p. 28).

De acordo com o Modelo da Violência Transgeracional uma criança educada num contexto social violento, que observa ou sofre atos de violência no seio da família, por aprendizagem social, quando adulta adotará comportamentos que perpetuem o ciclo de violência familiar (Dias, 2004). Mas nem sempre o ciclo de violência se reproduz, existindo inúmeros exemplos, o que leva a considerar a existência de outras variáveis intervenientes (as cited in Dias, 2004). Esta abordagem também não inclui os fatores sociais e económicos que podem influenciar a atitude de violência. Atualmente a literatura considera este modelo mais aplicável no contexto de abuso infantil (as cited in McDonald & Collins, 2000, p. 29).

Segundo o Modelo da Violência Bidirecional a violência e o abuso são fenómenos bidirecionais, sendo praticados quer por cuidadores, quer pelas pessoas idosas recetoras dos cuidados. Acontece muitas vezes a violência ser mais direcionada da pessoa idosa para o cuidador (as cited in Ferreira-Alves, 2005, p. 16). McDonald & Collins (2000) chamam modelo de interação simbólica a esta abordagem na medida em que os comportamentos agressivos surgem da interpretação simbólica que cada um dos elementos faz dos comportamentos do outro.

Já no Modelo da Psicopatologia do agressor o risco de abuso está apenas relacionado com as características do agressor (as cited in Ferreira-Alves, 2005, p. 16). Em evidência surgem aspetos da sua saúde mental (Krug et al., 2002).

De acordo com Wolf (2000), outros autores, criticando este tipo de modelos, consideram a influência da sociedade na geração de maus-tratos. Nessa perspetiva, Perel-Levin (2008) menciona a teoria feminista e as teorias político-económicas. As teorias feministas apontam que desigualdades de género e de poder nas relações são a

causa da violência contra as mulheres e intolerância sociocultural (Borrvalho, 2010; Perel-Levin, 2008). Segundo as teorias político-económicas a marginalização das pessoas idosas pela sociedade cria condições para o aumento de conflitos e violência (Perel-Levin, 2008).

De salientar o Modelo Ecológico que é usado mais recentemente e permite um entendimento multifacetado da natureza da violência. Este explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como o resultado de muitos níveis de influência sobre o comportamento (Estrada, 2008; Krug et al., 2002).

A nível individual identificam-se os fatores biológicos e de história pessoal do cuidador e da pessoa idosa de modo a identificar características que aumentem a probabilidade de ser agressor ou vítima. A nível relacional explora-se a proximidade das relações sociais de ambos com o exterior. O nível comunitário passa pela análise dos contextos da comunidade em que ambos mantêm relações sociais, de modo a identificar as suas características. Ainda a nível social examina-se os fatores sociais mais gerais que geram um clima favorável para a violência, nomeadamente normas culturais, atitudes e políticas que geram desigualdade entre grupos sociais (Krug et al., 2002).



## PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

Ao longo da revisão teórica da literatura, e tendo em conta a questão de investigação, os objetivos do estudo foram sendo redefinidos.

Nesta segunda parte os objetivos são enunciados e é definida a metodologia de seleção da amostra, de colheita e análise de dados. Seguidamente procede-se à análise de dados.

### 1. OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo geral deste estudo consiste em compreender as representações sociais de pessoas idosas em relação aos maus-tratos de pessoas idosas por familiares.

Como objetivos específicos foram definidos:

- a) Identificar as representações sociais que as pessoas idosas têm sobre como a sociedade *olha* as pessoas idosas;
- b) Identificar a representação social das pessoas idosas em relação à importância dos mais idosos na família;
- c) Caracterizar como as pessoas idosas representam os maus-tratos de pessoas idosas por familiares em termos de: i) definição; ii) tipologias; iii) fatores de risco; iv) frequência;
- d) Conhecer os sentimentos e os comportamentos que os maus-tratos a pessoas idosas por familiares geram na pessoa idosa.

### 2. METODOLOGIA

#### 2.1. Tipo de estudo

Com este estudo pretende-se compreender o fenómeno dos maus-tratos a pessoas idosas por familiares. Considera-se assim que o paradigma mais adequado é o naturalista, dada a subjetividade da questão e o conhecimento pouco claro que existe ainda sobre o tema. Para uma compreensão do fenómeno em profundidade optou-se por um estudo do tipo qualitativo e exploratório.

A metodologia qualitativa utiliza-se para compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação; faz uso do raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos, tendo em conta tal como são vividos e relatados pelos participantes (Fortin, 2009). As crenças ligadas à investigação qualitativa têm também em conta a globalidade dos seres humanos, particularmente a

sua experiência de vida e o contexto em que se situam as relações com o meio (as cited in Fortin, 2009, p. 31). Este método, ao contrário do quantitativo, que considera os comportamentos humanos previsíveis e controláveis, assume um caráter naturalista, ou seja, considera que a realidade é diferente para cada pessoa e muda com o tempo (Fortin, 2009).

## 2.2. População alvo e amostra

### 2.2.1. Seleção da amostra

Este estudo tem como população alvo as pessoas com mais de 60 anos, que vivam em domicílio, que não sejam vítimas de mau trato e que residam no distrito de Aveiro. Como critérios de exclusão destacam-se: estar sinalizado como vítima de maus-tratos, estar institucionalizado, possuir défice cognitivo, aparentar ou possuir perturbação psiquiátrica, possuir afasia ou disartria, ter vivido noutro país durante tempo superior a 20 anos.

Não existe consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento (INE, 1999). Para este estudo optou-se por pessoas maiores de 60 por se pretender uma faixa de idades relativamente extensa e por esta idade normalmente coincidir com um momento próximo do término das atividades laborais. A perda de papéis devido ao declínio físico ou a cessação da participação ativa, torna as pessoas conscientes do seu envelhecimento (Cerqueira, 2010, p. 46). Assim, considera-se que a partir dos 60 anos a pessoa está mais atenta às questões relacionadas com o envelhecimento.

Um dos critérios de seleção é nunca ter sido vítima de mau trato porque a proximidade à vivência pode comprometer o tipo de representação social sobre o tema. As perceções dos sujeitos com esse tipo de características devem ser analisadas num estudo distinto. Dado que a temática a aprofundar está relacionada com maus-tratos a pessoas idosas em domicílio, entende-se também pertinente conhecer apenas as perceções de pessoas idosas que vivem em domicílio, na medida em que mais facilmente conseguem fazer a transposição para essa realidade que aqueles que vivem institucionalizados. E de modo a preservar o significado cultural das representações sociais optou-se por limitar a amostra a participantes que durante a vida tenham permanecido fundamentalmente no local de residência.



A população acessível, por proximidade de deslocamento da investigadora, foi selecionada por recurso ao método da rede social, através de uma instituição de Centro de Dia e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados I (UCSP I) de Aveiro.

Na UCSP I para integrar a amostra a estudar, de modo a reduzir o erro de amostragem, escolheram-se os participantes de forma aleatória por cachos, ou seja, através das listagens diárias de consultas médicas marcadas. Das listagens emitidas os profissionais do UCSP I selecionavam os participantes que preenchiam os critérios.

Considera-se que, tanto quanto possível, a fração selecionada é representativa da população alvo, na medida em que reúne participantes de diferentes contextos e com os critérios pretendidos.

De todos os elementos selecionados apenas dois recusaram a participação no estudo, tendo os restantes mostrado receptividade pelo tema. Foram ainda excluídos quatro por dificuldades na compreensão das questões.

#### 2.2.2. Caracterização da amostra

Dada a complexidade do tema e heterogeneidade dos participantes realizaram-se entrevistas até aparentemente se verificar a saturação dos dados, num total de 19 participantes.

A amostra é constituída por 19 participantes, de idades compreendidas entre os 63 e os 93, com uma média de 75,4 anos (desvio padrão 8,8) e cuja distribuição segundo o género é de 57,9% do género feminino e 42,1% do género masculino. Os resultados da aplicação do “Índice de Barthel-Escala Funcional” (Anexo 1) correspondem a um *score* de 100% para todos os participantes, o que sugere que apresentam independência total nas Atividades de Vida Diária Básica (AVDB's).

A tabela 1 descreve a caracterização sociodemográfica dos participantes para as variáveis: idade, género, zona de residência, estado civil, constituição do agregado e habilitações literárias. Todos os participantes referem ser reformados.

**Tabela 1.** Caracterização Sociodemográfica da amostra

<b>Caraterísticas</b>	<b>N (19)</b>	<b>%</b>
<b>1. Género</b>		
Masculino	8	42,1
Feminino	11	57,9
<b>2. Idade</b>		
[60;69]	7	36,8
[70;79]	6	31,6
[80;89]	5	26,3
[90;99]	1	5,3
<b>2. Zona de residência</b>		
Rural	11	57,9
Urbana	8	42,1
<b>3. Estado Civil</b>		
Solteiro	4	21,1
Casado(a)/união de facto	7	36,8
Divorciado(a)/Separado(a)	2	10,5
Viúvo(a)	6	31,6
<b>4. Habilitações Literárias</b>		
3 anos de escolaridade	3	15,8
4 anos de escolaridade	11	57,9
9 anos de escolaridade	1	5,3
11 anos de escolaridade ou mais	4	21,1
<b>5. Constituição Agregado Familiar</b>		
Sozinho(a)	8	42,1
Casal	6	31,6
Família Alargada	2	10,5
Pessoas Religiosas	2	10,5
Amigo(a)	1	5,3

### 2.3. Método de colheita de dados

O adequado seria conseguir definir um método que permitisse aportar de forma objetiva todas as dimensões do fenómeno. Contudo esta objetividade nem é uma verdade absoluta nem totalmente relativa, já que é construída a partir da interação com o

mundo empírico. A objetividade de determinada realidade nunca consegue ser totalmente apreendida e é neste contexto que surge a necessidade de utilização de várias técnicas (Denzin & Lincoln, 1994). As técnicas utilizadas basearam-se no ajustamento dos instrumentos de colheita de dados à questão de investigação, aos objetivos e ao tipo de estudo.

### **Instrumentos de colheita de dados**

O protocolo de instrumentos consistiu num questionário sociodemográfico com cinco categorias de escala nominal (sexo, zona de residência, estado civil, reformado ou não, agregado familiar) e duas de escala numérica (idade, anos de educação formal) (Anexo 2); “Índice de Barthel” que consiste num teste estandardizado para avaliação funcional do grau de independência nas AVDB’s (Anexo 1) e um guião de entrevista semiestruturada, constituído por 14 questões, e elaborado pela autora após leitura da literatura mais significativa sobre o assunto em estudo (Anexo 3). Aquando aplicação da entrevista foi realizada a sua gravação áudio. A duração de cada uma atingiu em média 30 minutos.

A aplicação do “Índice de Barthel” permitiu controlar a variável “independência nas AVDB’s”, sendo incluídos na amostra apenas participantes com um resultado final de 100%, ainda que inicialmente a escala fosse utilizada com o objetivo de medir os diferentes graus da variável para cada participante.

A opção pela entrevista semiestruturada surge pelo facto de permitir valorizar a presença do investigador e, ao mesmo tempo, permitir a participação ativa do informante para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Triviños, 1987). De modo a averiguar as qualidades psicométricas do conteúdo da entrevista foram realizados dois testes piloto, sendo feitas posteriormente adequações de modo a obter um grau adequado de validade de conteúdo da entrevista.

O dados foram recolhidos num momento anterior ou após a consulta médica do participante, num gabinete técnico (na UCSP I); no domicílio (rede social) ou num gabinete técnico (Centro de Dia).

### **2.4. Método de análise de dados**

A análise dos dados sociodemográficos foi realizada por estatística descritiva através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Version 20, pela criação de tabelas de frequência, diagramas de barras e um histograma para a variável idade.

A análise dos dados das entrevistas foi realizada por análise de conteúdo. Esta permite o entendimento do sentido de um texto através da interpretação do sentido das palavras (hermenêutica). O ser humano apresenta uma visão polissêmica que coloca o pesquisador perante uma variedade de interpretações. A abordagem tanto pode ser objetiva (o texto traduz a mensagem que se pretende transmitir) como simbólica (mensagem diferente do que o texto aparenta) (Campos, 2004). Assim, houve um esforço para que a análise não fosse demasiado vinculada ao texto, de modo a não prejudicar a capacidade intuitiva e ao mesmo tempo fosse objetiva o suficiente de modo a não impor as ideias ou valores da investigadora.

Procedeu-se à transcrição das entrevistas e, após uma leitura inicial, foi selecionado o conteúdo a ser analisado e organizados os aspetos importantes para as próximas fases de análise, de forma pouco estruturada, e de acordo com os objetivos do estudo. De seguida realizou-se uma leitura mais cuidada onde se organizaram os dados de forma mais estruturada, se constituíram as categorias e subcategorias iniciais e se retiraram das entrevistas dos participantes os “recortes” que as traduziam (unidades de análise). Todo este processo exigiu um sucessivo refinamento tendo-se realizado uma terceira leitura (Campos, 2004).

Esta análise pôs em evidência 5 categorias:

- 1) representações sociais das pessoas idosas;
- 2) importância das pessoas idosas na família (aqui foram consideradas 2 subcategorias: a importância que têm e a importância que deveriam ter);
- 3) caracterização dos maus-tratos (aqui foram consideradas as seguintes subcategorias: a) tipos; b) fatores de risco; c) e a frequência. Dentro dos fatores de risco foram consideradas as características do cuidador, as características da pessoa idosa, a relação familiar e a sociedade;
- 4) Sentimentos;
- 5) Comportamentos.

As representações dos participantes foram sintetizadas numa descrição para cada categoria e subcategoria (tabela 2).

## 2.5. Procedimentos éticos

A recolha de dados na UCSP I apenas se iniciou após aprovação do protocolo de estudo pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (Anexo 4) e após aprovação da própria UCSP I.

Aquando a recolha de dados primeiro foi fornecido consentimento informado (Anexo 5) a cada participante, foram clarificados os objetivos e esclarecidas as condições do estudo, nomeadamente a necessidade de gravação. Os espaços utilizados foram gabinetes técnicos ou o domicílio do participante de modo a salvaguardar a privacidade.

Na transcrição das entrevistas foram eliminadas todas as informações identificáveis dos participantes de modo a garantir o seu anonimato e privacidade.

### 3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através da aplicação das entrevistas, cuja análise resultou na definição de categorias e subcategorias. De modo a permitir uma melhor leitura global estas são apresentadas na tabela 2, de forma estruturada, e divididas de acordo com os objetivos do estudo a que respondem.

**Tabela 2.** Categorias e Subcategorias

Categorias e Subcategorias	N (19)	%
<b>Representações sociais das pessoas idosas sobre como a sociedade olha as pessoas idosas</b>		
1. Representações		
Desprezo	11	57,9
Respeito	8	42,1
“Desenquadradas”	6	31,6
Fonte de experiência	6	31,6
Preocupação social	4	21,1
Personalidade “difícil”	4	21,1
<b>Representações Sociais em relação à importância dos mais idosos na família</b>		
1. Importância na família		
1.1 Importância que tem		
Desvalorização	13	68,4
Apoio financeiro e prático	12	63,2
Transmissão de sabedoria	9	47,4
Emocional	7	36,8
Sorte com os filhos	4	21,1
Unificadora	2	10,5

1.2 Importância que deveria ter		
Referência familiar	6	31,6
<b>Caracterizar como as pessoas idosas representam os maus-tratos de idosos por familiares</b>		
1. Tipos		
Agressão Verbal	16	84,2
Negligência	16	84,2
Agressão física	11	57,9
Exploração Económica	9	47,4
2. Fatores de risco		
2.1. Características do Cuidador		
Pouca formação	11	57,9
Famílias com baixos rendimentos	8	42,1
Conflitos antigos mal resolvidos	4	21,1
Comportamentos irrefletidos	3	15,8
Desgaste da tarefa de cuidar	3	15,8
2.2. Características da pessoa idosa		
Personalidade da pessoa idosa	9	47,4
Elevada dependência	6	31,6
Ter muitos/poucos recursos económicos	5	26,3
Não educou os descendentes para respeitar os mais velhos	2	10,5
2.3. Relação Familiar		
Falta de compreensão mútua	7	36,8
Isolamento social da família	1	5,3
2.4. Sociedade		
Características da vida atual	9	47,4
3. Frequência		
Pouco frequente	11	57,9
Frequente	5	26,3
Muito frequente	2	10,5
<b>Conhecer os sentimentos e os comportamentos que os maus-tratos a idosos por familiares geram na pessoa idosa</b>		
1. Sentimentos		
Revolta	9	47,4
Tristeza	4	21,1
Compaixão	4	21,1
Incompreensão	3	15,8
Dor	1	5,3
Impotência	1	5,3
Inquietação	1	5,3
Angústia	1	5,3
2. Comportamentos		
Educar	10	52,6
Confrontar	7	36,8

**Tabela 2.** Categorias e Subcategorias (cont.)

Na continuação do exposto procede-se à síntese das representações dos participantes numa descrição para cada categoria e subcategoria.

### **Identificar as representações sociais que as pessoas idosas têm sobre como a sociedade *olha* as pessoas idosas**

Os participantes referem que a sociedade as *olha* como “**desenquadradas**” (31,6%) da sociedade contemporânea porque: muitas são analfabetas; tiveram poucas oportunidades na vida; e têm gostos diferentes dos atuais (não acompanharam os tempos).

*“(...)a maior parte do idoso, ou porque não sabe ler, ou porque não teve instrução ou porque teve uma vida ruim, ou porque teve pouca capacidade, isto também depende da velhice ou da maneira como foi a nossa vida.”(2)*

A representação “**desprezo**” (57,9%) é mencionada pelos participantes associada a: idade avançada; considerarem os mais velhos sem capacidade para refletir e compreender; olharem as pessoas idosas como inúteis; pouco respeito, por vezes até *ridicularizar*, sobretudo pelos mais jovens; falta de atenção e evitamento. Alguns participantes (21,1%) referem que este olhar da sociedade é da responsabilidade das pessoas idosas pela sua atitude (desrespeitar e não compreender os outros) e/ou por algumas características de personalidade (“ruim” e “mal educada”).

*“Nos dias atuais, o sistema como está, por vezes o idoso é considerado um farrapo, não é?(...) esta mocidade não respeita os idosos.”(9)*

*“É conforme o idoso é, conforme a capacidade do idoso, há idosos que são bem educados, há outros que também são mal educados(...)O idoso não merece pois. Mas a gente tem de ter paciência com eles (...)” (3)*

*“Uma grande parte vê ali um velho(...) há muita gente que despreza o velho.”(2)*

Alguns respondentes sentem que há “**preocupação da sociedade**” (21,1%) com os mais velhos, espelhada na disponibilização pela comunidade de serviços de atenção

ao seu bem estar nomeadamente: lares, voluntariado, serviço de segurança, apoio das paróquias, universidades séniores.

*"(...)veio para uma casa destas (lar residencial), acolheu-o e fez dele alguém e embora muita gente despreze há pessoas que acolhem o idoso."(2)*  
*"(...)há muitos voluntários, até mesmo a tratar deles, a ir às casas. Eu até acho muita piada haver uma polícia especial (...) ir às casas ver como é que estão, se precisam de alguma ajuda(...)"(6)*

O **“respeito”** (42,1%) à pessoa idosa pela sociedade é também referido pelos participantes, descrito pelo *olhar* de afeto, amabilidade, estima, atenção, compaixão e admiração, sobretudo em zonas mais rurais onde as pessoas já se conhecem.

*"(...) até vemos as pessoas com um certo carinho, a ajudar a atravessar, a ajudar a levar um saco, em geral até vemos as pessoas com um certo carinho pelos idosos."(6)*  
*"Olham por ele, estimam-no. (...) É uma zona pacata, as pessoas já se conhecem, são todas ali de roda."(13)*

Os participantes constataam que a sociedade considera que as pessoas idosas têm uma **“personalidade difícil”** (21,1%), que são "chatas", rígidas, teimosas e mal educadas.

*"Por vezes porque as pessoas dizem que são chatos, porque têm as suas ideias e não abdicam delas, porque são teimosos, porque enfim(...)"(7)*

Os respondentes consideram ainda que a sociedade *olha* a pessoa idosa como **“fonte de experiência”** (31,6%) e de bons conselhos. Alguns respondentes (10,5%) salientam que os mais velhos podem satisfazer a curiosidade dos mais novos pelo conhecimento da vida de antigamente.

*"Por vezes há pessoas que aceitam o conselho de um idoso mais velho porque tem mais experiência de vida." (9)*  
*"Aprendem muita coisa. Às vezes vêm e perguntam como era a vida antigamente e como é que se fazia e a gente dentro do que souber responde. Há pessoas interessadas em saber a vida."(11)*



## Identificar a representação social das pessoas idosas em relação à importância dos mais idosos na família

Neste caso analisou-se a **importância que tem** (desvalorização; emocional; sorte com os filhos; apoio financeiro e prático; transmissão de sabedoria; unificadora) e a importância que deveria ter (referência familiar) (tabela 2).

Começamos pela importância que tem. Os participantes consideram que há **“desvalorização”** (68,4%) da pessoa idosa na família através da falta de reconhecimento do seu valor e dignidade (desrespeito e falta de compreensão). Alguns descrevem a falta de reconhecimento de utilidade da pessoa idosa, que acaba por ser sentida como um peso na família (47,4%); por vezes, quando a pessoa idosa deixa de ser um suporte para a família, principalmente por ficar mais dependente, forçam a sua ida para um lar (10,5%). Quando estas situações ocorrem os participantes consideram que a pessoa idosa deve ser obediente e não dar opinião para evitar conflitos (26,3%). Um dos participantes refere o aumento da desvalorização por comparação com *outros tempos* (5,3%).

*“Antigamente respeitava-se muito mais do que hoje o avô e o pai, se fosse idoso. (...) ainda hoje há muito respeito de filhos para pais e avós mas antigamente, era uma força muito maior que agora. A dignidade de um pai já velhote...”* (1)

*“(...)temos que nos saber colocar no sítio em que nós estamos (...)agora quem manda já não somos nós quem manda, são eles. Temos que ver ouvir e calar, mais nada”.* (2)

*"Acabam por ser empurrados para situações que eles não desejam. Eu dá-me a impressão que não há idoso nenhum que deseje sair da sua casa para ir para um lar. Isso pode ser quando a gente depende dos nossos, já se torna um fardo muito pesado."* (12)

Os participantes apontam que a pessoa idosa tem uma função **“emocional”** (36,8%) na família, sendo fonte de amor e afeto dos filhos. Alguns referem que a pessoa idosa pode ser amável e fazer companhia (21,1%).

*" É uma ajuda na família, a gente tem que tomar conta daquela pessoa e ajuda-nos a conviver muitas vezes. "* (10)

*"Se idoso é amado, compreendido, desejado, acariciado na família ele sente que pode ser útil(...)"*(6)

Alguns respondentes entendem que a importância dada à pessoa idosa na família está associada à sua **“sorte em ter filhos bons”** (cuidam e respeitam) ou **“maus”** (não cuidam nem respeitam) (21,1%). Um dos respondentes refere também que a pessoa idosa por vezes não é compreensiva com os filhos (5,3%).

*"(...)isso é que eu nunca compreendi, tem alguns que nem olham à mãe nem nada. Alguns procedem bem, outros não querem saber." (8)*

O **“apoio financeiro e prático”** (63,2%) prestado aos filhos e netos pelas pessoas idosas é considerado importante pelos participantes para o “sustento” das famílias, que destacam as dificuldades socioeconómicas atuais. Este apoio inclui: suporte económico por recurso à reforma (31,6%); e suporte material, como "alimentos do campo", disponibilidade de habitação (10,5%), ajudar em funções simples e trabalhos manuais (21,1%), cuidar dos netos ao assegurar as necessidades quando os pais não podem (como "ir buscar à escola", “tomar conta” nos períodos de férias ou doença e proporcionar-lhes um crescimento saudável) (36,8%).

*"Eu estou convencido que o idoso hoje em parte ainda sustenta a família. Com esta crise se não fossem os idosos muitas famílias estavam pior que o que estão, porque trabalharam muitos anos e têm a reforma e esse dinheiro ainda se consegue dividir pelos filhos, pelos netos." (9)*

*"Nós ainda somos um suporte à família. Eu por exemplo (...) ainda trabalho para eles no campo. Ainda produzo para eles para os ajudar a viver."(12)*

*"Eu acho que têm um papel muito importante os avós com os netos, no crescimento das crianças."(6)*

Os participantes consideram que a família *olha* a pessoa idosa como fonte de **“transmissão de sabedoria”** (47,4%) devido à sua experiência de vida, à ponderação, que se traduz em bons exemplos e conselhos para os filhos e netos.

*"A experiência dos mais velhos faz crescer os mais novos, pela vida, pelo bom exemplo, pelos conselhos. Como já têm mais experiência da vida já podem ensinar os mais novos."(6)*

Os participantes entendem ainda a pessoa idosa como **“unificadora”**, (10,5%) ou seja que é um elo de ligação entre os elementos da família.

*"(...)pode ser importante para a família porque muitas vezes ele é o elo de ligação entre a família. Enquanto eles estão presentes como que a família se mantém mais unida, se reúne."(7)*

Quanto à **importância que a pessoa idosa deveria ter** na família (tabela 2), alguns respondentes entendem que deveria de ser uma **“referência”** (31,6%); devido à sua experiência de vida pode ser o " pilar da casa" e o alicerce da geração futura através da transmissão da sua sabedoria. Um dos respondentes considera que a pessoa idosa como detentora da identidade da história familiar deve ser a "garante da genealogia" (5,3%). Alguns participantes acrescentam que deveria ser dada à pessoa idosa uma posição mais interventiva na dinâmica familiar pela sua integração social e recurso às suas opiniões (15,8%).

*“Deveria ser sempre integrado no meio social da família.(...) ele tem que estar sempre ocorrente do que se passa no meio da família.”(4)*

*"Deve saber e dizer que temos um passado com nome próprio e portanto sabemos quem são os humanos que nos antecederam, quem somos, de quem provimos e a quem alegamos a herança familiar (o nome, a fama, bens culturais e até se houver bens materiais)." (19)*

### **Caracterizar como as pessoas idosas representam os maus-tratos a pessoas idosas por familiares**

Este objetivo foi analisado em termos de: definição; tipologias; fatores de risco; frequência (tabela 2).

Em relação à definição verificou-se que na pergunta em que se pedia aos participantes para definirem o mau trato, as respostas tenderam a centrar as tipologias. Apenas um participante referiu uma definição (5,3%):

*"É toda a situação ou tudo aquilo que provoca uma situação desagradável no idoso, designadamente agressiva ou violenta. Agora estes fatores podem ser internos ou externos à pessoa. A pessoa pode ser violenta consigo mesmo, não se perdoar, estando sempre a querer viver no passado."*

As **tipologias** incluem (tabela 2): negligência, agressão física, exploração económica e agressão verbal.

A **negligência** (84,2%) é descrita pelas pessoas idosas em dois níveis: um menos grave (“desprezo”) e um mais grave (“abandono”):

1) o “desprezo” (68,4%) (principalmente pelo cuidador principal) inclui: ignorar as necessidades de cuidado (alimentação e higiene)(36,8%); dar pouca atenção e, sobretudo, ter "falta de paciência"(52,6%); desvalorização de queixas (10,5%); privação do direito de opinião (26,3%); privação do direito à vivência do religioso (5,3%) e falta de afeto (21,1%). Um dos participantes refere ainda a violação dos direitos de objeção de consciência da pessoa idosa (5,3%).

*“Muitas das vezes há um bocadinho de desprezo. (...) Não lhe dão grande importância, vão-se embora e deixam-nos ficar de qualquer maneira.”(2)*  
*"Ai, eu não me lembro disto ou daquilo" e as pessoas dizem: "Ah ele lembra-se, não quer é dizer, faz-lhe jeito dizer que não se lembra". No fundo como que estarem a supor e a pensar pelo idoso e porem-se na mente do idoso e porem no idoso maldade naquilo que por vezes faz ou diz.”(7)*

*"(...)sempre que se olha para o idoso como sendo um estorvo, como não tendo direito a opinar, vendo sempre tudo o que a pessoa fala ou faz como mal feito, mal dito, porque a pessoa não sabe. (7)*

*"Os direitos da consciência da pessoa idosa ninguém lhes liga. Então parece que se ignora que a objeção de consciência que a gente reclama noutras fases da vida já não se pode evocar ali. Então diz-se: "Não, coitado, já está meio demente, é o Alzheimer!"(19)*

2) o “abandono” (47,3%) é descrito em situações como: os cuidadores deixam as pessoas idosas sozinhas em casa, vindo por vezes a morrer (21,1%); "esquecimento" nos hospitais (15,8%); "despejo" em lar de idosos sem visitas (26,3%); corte relacional e privação de relacionamento com os netos (10,5%).

*“Às vezes vão para fora e deixam-nos sozinhos em casa, morrem em casa (...).!”(1)*

*“Um filho não falar para uma mãe!!!”(16)*

A **“agressão física”** (57,9%) inclui: "bater"(42,1%) “amarrar”(5,3%); forçar a realizar esforços físicos que excedem a sua capacidade (10,5%) e administrar medicação sedativa em excesso (5,3%).

*“Para eles não saírem da cama amarram-nos, outros batem-lhe, a outros às vezes até os matam”. (4)*

*"Uma pessoa não puder trabalhar e mandarem fazer as coisas (...); obrigam a fazer isto ou aquilo e eles não podem." (3)*

*"Mas há pessoas que pensam que eles estão ali mas que ainda podem andar e eles se estão acamados ou se estão sentados é porque já não podem mesmo andar." (10)*

Os respondentes também representam o mau trato pela **“exploração económica”** (47,4%), descrita em termos de usurpação de dinheiro pelos familiares à pessoa idosa, por norma porque: têm dificuldades económicas (ou fazem má gestão), (21,1%) sentem direito a recompensa económica por prestarem cuidados e/ou “ganância”( 31,6%); há conflitos familiares decorrentes de alguma doação pela pessoa idosa (*partilhas antecipadas*) que fez algum outro elemento da família sentir-se prejudicado (10,5%); precisam para manter alguns comportamentos aditivos (consumo de álcool e/ou drogas)(5,3%). Um dos participantes refere a antecipação pelo cuidador familiar do estado de demência da pessoa idosa para efetuar habilitação como herdeiro (5,3%).

*"Por vezes na família há a ganância, um tem uma coisa e o outro quer ter mais e o idoso é que sofre com isso, se eu te puder tirar a ti mais qualquer coisa que o que faz ao meu irmão tiro." (9)*

A **“agressão verbal”** (84,2%) é considerada um tipo de mau trato que inclui gritar e “chamar nomes” pejorativos (21,1%). Outros participantes referem a falta de respeito e compreensão (73,7%). Um dos participantes refere ainda situações de coerção (5,3%).

*“Por vezes mau trato não é só físico mas é mau trato a falar com as pessoas. Para mim o mau trato psicológico é o pior. Eu se me ofendem com palavras, eu por vezes preferia que me dessem duas chapadas na cara, não ficaria tão ofendido.” (9)*

*"(...)restringindo-lhes mesmo por onde se podem deslocar, o que podem fazer, como que esse idoso volta a ser criança e só pode fazer aquilo que os outros querem."(...)castigando mesmo a pessoa e levando a que não faça isto ou aquilo, que não diga isto ou aquilo."(7)*

A classificação dos **fatores de risco** envolve quatro subcategorias (tabela 2): características do cuidador, características da pessoa idosa, relação familiar e sociedade.

Nas **caraterísticas do cuidador** emerge: pouca formação; famílias com baixos rendimentos; comportamentos irrefletidos; conflitos antigos mal resolvidos; desgaste da tarefa de cuidar.

Os participantes indicam a **“pouca formação”** (57,9%) da família para "lidar" com a situação do idoso como fator de risco ao mau trato. Esta falta de formação inclui: formação "mais técnica"(21,1%), que envolve aquisição de competências para prestar cuidados e compreender a pessoa idosa; e características de personalidade relacionadas com a formação mais individual e/ou valores (52,6%) (envolve "falta de paciência", incapacidade de valorizar a pessoa idosa e ausência de preparação psicológica). Um dos participantes refere ainda a falta de formação religiosa (5,3%).

*“Há os que se aborrecem e até batem neles. Até porque há doenças terríveis em que as pessoas custam muito a aturar em idade avançada e é preciso que a família esteja preparada para lidar com isso.”(1)*  
*“É uma família que não tem as bases, que não está educada para tratar um idoso como deve ser, para cuidar, para lhe dar os primeiros socorros.”(4)*  
*“Já não tem as suas faculdades mentais e as pessoas às vezes não compreendem, não dão valor, nunca passaram por isso. Não sabem que a pessoa vai desvalorizando em tudo.” (17)*

As **“famílias com baixos rendimentos”** (42,1%) são consideradas pelos participantes como um fator de risco ao mau trato, pois em geral apresentam uma formação individual e/ou valores menor que as famílias de estatuto socioeconómico mais elevado. Neste contexto de privação económica, entendem que mais facilmente existe falta de respeito e/ou agressão verbal pelo cuidador à pessoa idosa (10,5%); é mais provável que ocorra agressão física como meio de usurpar dinheiro; e é mais comum o desprezo e/ou abandono resultante da falta de recursos económicos da pessoa idosa.

*“A pessoa viver mal materialmente e o idoso ainda ter algum dinheiro e então podem usar dessa violência para retirar o dinheiro.”(1)*

*"Isto depende muito das zonas, da classe social.(...) Têm outros valores, têm outra capacidade de ver a vida. Têm também capacidade monetária porque muitas vezes a falta de meios para se bastarem também gera agressividade." (6)*

Os respondentes consideram que **“comportamentos irrefletidos”** (15,8%) dos familiares são fatores de risco; incluem má gestão económica, consumo excessivo de álcool ou abuso de substâncias.

*“(...)os filhos ou porque gastam, ou porque fumam ou porque bebem chegam a um certo ponto que são muito capazes de até dar uns empurrões aos pais (...)”(2)*

A atitude agressiva do cuidador é entendida por alguns respondentes como resultado de **“conflitos antigos mal resolvidos”** (21,1%), isto é uma má relação estabelecida no passado com a pessoa que hoje é idosa, da qual ficaram ressentimentos.

*"Não sei se virá de trás princípios que a pessoa tenha as suas razões. Convivências atrasadas que depois "Um dia pagam-me"; "Agora vais pagar do que me fizeste!" (13)*

Os participantes nomeiam ainda o **“desgaste da tarefa de cuidar”** (15,8%) como fator de risco, associado à perda de liberdade do cuidador e à consequente visão da pessoa idosa como um "peso".

*"(...)o trabalho que dá, ou pela despesa (...)pelo tempo que tira, pela sua falta de liberdade(...)não é livre de ir fazer umas férias fora por exemplo. (...) Eu penso que é pela impertinência deles, pelo cansativo deles."(6)*

Algumas **caraterísticas da pessoa idosa** são apontadas como fatores de risco (tabela 2): personalidade; elevada dependência; não ter educado os descendentes a respeitar os mais velhos; ter muitos/poucos recursos económicos.

Os participantes consideram que a **“personalidade da pessoa idosa”** (47,4%) pode ser fator de risco ao mau trato, principalmente quando apresente algumas caraterísticas: “falta de formação” (personalidade conflituosa) (36,8%), prestar pouca ajuda à família (5,3%), isolar-se socialmente ou ter pensamentos negativos (10,5%), assumir uma posição acusadora dos novos modelos de vida (5,3%). Os participantes referem que quando a pessoa idosa é pouco compreensiva e "mal educada" os familiares

retribuem “na mesma medida”. Um participante considera que esta postura agressiva da pessoa idosa pode estar relacionada com vivências de sofrimento anteriores ou atuais, como a não-aceitação da dependência (5,3%). A atitude da pessoa idosa de não colaborar com a família e de não ajudar os filhos no que pode, pode gerar abandono pela família (5,3%). Um dos participantes considera que as pessoas idosas que se resignam e isolam são mais facilmente desprezadas (5,3%). Outro participante entende que algumas pessoas idosas apontam de forma negativa os novos modelos de vida familiar, o que pode levar a mau trato (5,3%).

*"O idoso também muitas das vezes é culpado por não ser bem tratado."(2)*

*"Há idosos que eu conheço que até para os filhos parece que falam com rancor. Devido à idade, ao sofrimento, às coisas que passaram, talvez se sintam assim revoltados." (9)*

*"Se o idoso também se fecha muito em si próprio , não se abre, também é desprezado um bocadinho(...)não consegue ajuda de ninguém. Se for aberto tem mais possibilidades de conviver com mais pessoas."(9)*

*"(...) desencontro de modos de encarar a vida designadamente no campo religioso, seja de batismo de netos, seja de festas religiosas, seja de pessoas a convidar para casa, sobretudo quando se vai num segundo ou terceiro casamento (...) agora tem os meus, os teus, os nossos filhos quando de facto as situações de relação foram evoluindo(...)uma espécie de acusador dos novos gostos de vida."(19)*

A “**elevada dependência**” (31,6%) da pessoa idosa é considerada pelos participantes um fator de risco, pois os cuidadores passam a considerar o idoso inútil.

*“(...) em certas famílias já não faz nada, já está quase cego, ou quase não se mexe, ou vive muito sentado, não lhe ligam.”(1)*

Os respondentes pensam que quando a pessoa idosa “**não educou os descendentes** com valores adequados **para respeitar os mais velhos**”, o mau trato é mais provável (10,5%).

*“(...) talvez que ele tenha sabido educar os filhos e os netos, talvez não seja tão desprezado no final.”(1)*



Os participantes entendem que o fator de risco de mau trato existe por a pessoa idosa **“possuir muitos ou poucos recursos económicos”** (26,3%). Assim, para uns a ausência de recursos económicos ou materiais pela pessoa idosa leva a situações de desprezo (5,3%). Para outros a existência de recursos gera “ganância” na família (26,3%).

*“ Às vezes pode ser por causa de heranças por exemplo. Pode um familiar idoso ter bens, ter dinheiro e os mais novos exigirem que se faça partilhas (...) O filho quer porque precisa, vamos supor, mas o idoso não quer dar e pode-se gerar ali um conflito, e pode-se gerar ali mau trato.” (6)*

*"Se têm alguma coisa para lhes darem eles tratam-nos bem mas se não têm desprezam-nos"(9)*

Os fatores de risco também se situam na **relação familiar**, em termos de falta de compreensão mútua e isolamento social da família (tabela 2). Alguns participantes apontam a **“falta de compreensão mútua”** (36,8%) como fator de risco, pois os desentendimentos traduzem-se em falta de valores, na não-aceitação da condição de dependência pela pessoa idosa, falta de paciência do cuidador e confronto de personalidades.

*"(...)às vezes há maus-tratos, há coisas que podiam levar outro caminho. Pouca paciência das pessoas para lidar com eles e eles também (...)"(2)*

O **“isolamento social da família”** (5,3%) é fator de risco, pois indica famílias pouco integradas socialmente e sem rede de apoio.

*"Eu acho que é uma família que não está integrada na sociedade."(4)*

Em termos da sociedade, o risco indicado são as **“caraterísticas da vida atual”** (47,4%) (tabela 2). Por comparação com “outros tempos” atualmente há um ritmo de vida mais acelerado, menor disponibilidade de tempo para o cuidado, aumento da distância entre a família, falta de emprego e crise económica. Alguns participantes nomeiam ainda a mudança de valores, incluindo menos respeito e "obediência" aos mais velhos (21,1%).

*"A vida, da maneira como está a situação, as pessoas andam numa correria, não têm tempo, saem de manhã a correr, entram à noite a correr, depois vêm já*

*obstinadas com o trabalho e a falta de emprego e o idoso é que paga as favas."*  
(4)

*"É a falta de respeito. Não há o respeito que havia em outro tempo, a obediência, os filhos obedeciam aos pais e hoje não obedecem nada."(18)*

Em termos de **frequência**, os respondentes consideram o mau trato como: pouco frequente (57,9%); frequente (26,3%); muito frequente (10,5%). Alguns descrevem esta realidade como camuflada (21,1%) e alguns referem as notícias frequentes na comunicação social (26,3%). Outros preveem o aumento da frequência do mau trato devido à atual crise político-económica (10,5%).

*"No meu meio não é frequente, pode dar-se algum caso esporádico que eu até nem saiba. Nos meios rurais as pessoas são mais tranquilas, mais pacíficas. Nas cidades é capaz de ser mais complicado."(12)*

*"Eu estou a par das notícias e vejo o que vai por esse mundo fora. Muitas vezes uma pessoa fica arrepiada de ver tanta desgraça, tanta miséria, tanto desprezo(...)É frequente é"(2)*

*"(...)penso que é bem mais frequente do que aquilo que a gente pensa, por coisas que se ouvem, por desabafos que as pessoas têm, de alguns idosos, de como é que estão na família, o que lhes fazem. Penso que é bastante frequente!"(7)*

### **Conhecer os sentimentos e os comportamentos que os maus-tratos a pessoas idosas por familiares geram na pessoa idosa**

Em termos de **sentimentos**, os participantes indicam que os maus-tratos à pessoa idosa geram: revolta (47,4%), tristeza (21,1%), impotência (5,3%), incompreensão (15,8%), dor (5,3%), compaixão (21,1%), inquietação (5,3%) e angústia (5,3%). Para alguns, esses sentimentos devem-se sobretudo à ausência de reciprocidade filial (26,3%), à falta de reconhecimento dos filhos do cuidado que os pais já lhes prestaram. Para outros, deve-se à incapacidade dos lares serem um refúgio acessível às pessoas idosas vítimas de mau trato (15,8%). Um dos participantes descreve o mau trato através da imagem de uma pessoa idosa frágil vítima de abuso de poder.(5,3%)

*"(...) uma pessoa trabalhou toda a vida para os filhos estarem bem e depois ser mal tratada (...)"(12).*

*"Sinto pena de os lares não serem mais acessíveis para as pessoas poderem refugiarem-se nos lares porque às vezes estão bem. Se os lares fossem mais acessíveis fugiam daquela realidade familiar e a coisa arranjava-se(...)"(14).*

*"Então sobretudo tratar mal aqueles que não têm capacidade de defesa (...)"(7)*

Em termos de **comportamentos**, emerge educar e confrontar (tabela 2). Os maus-tratos à pessoa idosa provocam nos participantes a “**vontade de educar esses familiares**” (52,6%) através de uma lição de moral, para que percebam que, pelo exemplo, poderão vir a ser cuidados da mesma forma que estão a cuidar e que existem melhores formas de relacionamento.

*"Dar-lhe uma lição de moral, fazer ver que os idosos também são úteis na sociedade." (4)*

*"Apetecia-me dizer-lhes que não deviam fazer isso às pessoas idosas porque também irão lá chegar e também não gostavam que lhes fizessem o mesmo, já trabalharam muito para os criarem.”(17)*

Outros sentem vontade de “**confrontar**” (36,8%) os familiares pedindo justificação das suas atitudes (26,3%), denúncia (10,5%) ou castigo (5,3%).

*"Apetecia castigá-los como eles mereciam, essas coisas não se fazem."(3)*

*"Quando as coisas são desumanas e conhecidas a minha atitude é fazer sentir a quem presta ou quem causa essas desumanidades das situações... fazer sentir o meu desagrado, a minha discordância e se for o caso disso a ameaça da denúncia."(19)*



### PARTE III- INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

#### 1. DISCUSSÃO

Este estudo centra as representações sociais de pessoas idosas em relação aos maus-tratos de pessoas idosas por familiares. Adota-se a perspectiva das pessoas idosas, não de pessoas idosas que foram maltratadas por familiares. As suas representações são relevantes pois permitem compreender a interpretação da realidade dos maus-tratos pela pessoa idosa, com um maior nível de abstração em relação ao sofrimento.

Nesse sentido foram abordadas várias questões para contextualizar o tema (representações sociais das pessoas idosas sobre: como a sociedade *olha* as pessoas idosas; importância dos mais idosos na família) e outras centradas nos maus-tratos por familiares (representação dos maus-tratos de pessoas idosas por familiares em termos de definição, tipologias, fatores de risco, frequência e sentimentos e comportamentos gerados nos mais velhos pelos maus-tratos).

Para contextualizar as representações sociais dos maus-tratos é relevante compreender **as representações sociais das pessoas idosas sobre como a sociedade as *olha***. As famílias estão inseridas num contexto sociocultural em que existem estereótipos em relação às pessoas idosas. Este contexto condiciona as representações que as pessoas idosas têm do envelhecimento, de si próprias e das suas competências (Cerqueira, 2010). Essas representações consequentemente influenciam o seu comportamento e a relação com os familiares (Cabanas, 1999). Os estereótipos negativos dos familiares influenciam igualmente a sua relação com a pessoa idosa (Dias, 2004).

Os resultados sugerem que as pessoas idosas nos meios urbanos sentem um *olhar* mais negativo, caracterizado por desvalorização pela sociedade, sobretudo pelos mais jovens. Alguns sublinham também a responsabilidade das pessoas idosas que alimentam esse *olhar* negativo, pela sua atitude de desrespeito e falta de compreensão pelos outros e devido a características de personalidade conflituosa. De acordo com a literatura, esta representação social negativa das pessoas idosas em relação à forma como a sociedade as *olha* prevê um aumento do sentimento de inutilidade e um comportamento mais agressivo (Cabanas, 1999). Segundo Nelson (2004) atualmente as atitudes idadistas têm vindo a aumentar. Como tal, esse comportamento agressivo da pessoa idosa, que se entende precipitante de mau trato (McDonald & Collins, 2000), mesmo quando consequência dos estereótipos sociais e familiares reforça-os. Por outro

lado nos meios rurais nomeiam um *olhar* de mais respeito e uma vivência mais comunitária.

Também é notado pelos participantes a preocupação da sociedade em apoiar e proteger as pessoas idosas mas, ainda que considerem que têm experiência de vida, estabelecem pouca relação por as considerarem desenquadradas. A literatura indica que o ensino e a prática intergeracional contribuem para promover a compreensão e respeito entre gerações, e assim desenvolver sociedades mais inclusivas (WHO, 2002a). Torna-se fulcral a aposta na formação para desmistificar a imagem da pessoa idosa junto da comunidade, dos serviços de saúde e sociais; e a implementação de programas de envelhecimento ativo que desenvolvam as relações intergeracionais.

**Relativamente à importância das pessoas idosas na família os fatores mais referidos são a desvalorização da pessoa idosa na família (63,2%) e o papel financeiro e prático (63,2%).**

Quando a desvalorização é considerada, os participantes focam principalmente a falta de reconhecimento de utilidade da pessoa idosa, que acaba por ser sentida como um peso na família (47,4%). Segundo Figueiredo (2007) quando a pessoa idosa está mais incapacitada, os familiares sentem perda de reciprocidade no relacionamento devido às perdas da pessoa idosa a nível afetivo e instrumental. Assim, tendo em conta a Teoria da Troca Social, possivelmente, o que acontece por vezes é que os cuidadores, devido à sobrecarga, sentem menor recompensa na relação relativamente à pessoa idosa. Verifica-se ainda que quando a pessoa idosa é desvalorizada no meio familiar, o facto de ser obediente e não dar opinião, para alguns participantes (26,3%) não é visto como abuso de poder, mas sim uma condição. Em algumas situações esta atitude pode estar associada a alguma sabedoria mas remete também para alguma passividade decorrente da falta de autoestima e/ou sentimento de inutilidade. Segundo Nelson (2005) as pessoas idosas podem passar a acreditar e a atuar de acordo com os estereótipos negativos que existem em relação a elas, assumindo um papel passivo, mais dependente e associado a perda de autoestima (sentimento de inutilidade e falta de valor na sociedade), neste sentido pode-se afirmar que ocorre a profecia auto realizável. Esta atitude, tal como quando manifestam um comportamento agressivo, vai reforçar e manter a existência de tais estereótipos no tratamento das pessoas idosas (Nelson, 2005).

A atribuição de importância à pessoa idosa concretiza-se também na referência a situações que implicam a doação material (apoio financeiro) ou o ato produtivo (apoio

prático). Esta dimensão traduz sobretudo o sentido de reciprocidade e complementaridade familiar o que beneficia a relação da pessoa idosa com a família e vai de encontro ao estudo de Sousa et al. (2004) que conclui que a relação da família com a pessoa idosa é baseada em trocas intergeracionais em torno do domínio afetivo (a guarda das crianças, a ajuda doméstica e financeira). Alguns participantes (21,1%) consideram que no meio familiar é feita a associação da pessoa idosa ao declínio, ou seja, é desvalorizada, e focam a sua importância apenas naquilo que ainda consegue produzir ou doar à família a nível material. Constatou-se aqui a influência da cultura da produtividade (Cerqueira, 2010,p.77; Dias, 2005). Verificou-se ainda a alusão de alguns participantes ao “dever” das pessoas idosas de ajudar os filhos e ao mesmo tempo de uma atitude interesseira por parte dos familiares. Também Conrad et al. (2011) refere que, por vezes, as expectativas familiares e/ou culturais desfocam a linha entre generosidade dos pais para com os filhos e a exploração financeira.

Alguns participantes focam a importância da pessoa idosa na família como fonte de transmissão de sabedoria (47,4%). Destes, a maior parte considera também que esse papel deveria ser mais valorizado (31,6%). Entende-se sabedoria como a capacidade de aprender com a experiência de vida, o que significa que nem todas as pessoas idosas são sábias. No entanto, verifica-se que quem manifesta mais sabedoria tende a situar-se entre as faixas etárias da adultez e velhice (Cox, 2006). Com o envelhecimento valorizam-se mais os dons espirituais, deixando para segundo plano as coisas materiais. As pessoas idosas têm na espiritualidade a moderação e a maturidade, que as torna mais tolerantes (Filho, n.d.). A disponibilidade gratuita surge como um dos maiores valores nesta idade. Manifesta-se através do tempo e da capacidade para atender e escutar, contrastante com a ocupação e a pressa exagerada da sociedade atual (Rocha, 2013). A reciprocidade, fruto da solidariedade intergeracional, nomeadamente na relação “avós e netos” é enriquecedora para ambos (Rocha, 2013). Neste contexto faz sentido promover a educação entre todas as gerações em ordem à solidariedade social, de modo a que a experiência das pessoas idosas seja mais valorizada.

Os respondentes referem ainda a função emocional (36,8%), unificadora (10,5%) e a associação da importância da pessoa idosa na família à sorte com os filhos (21,1%). Segundo Sousa et al. (2004) a relação da família com a pessoa idosa é baseada em trocas em que o apoio emocional, tal como o apoio financeiro e prático, constituem uma dinâmica de interajuda do foro afetivo. A função unificadora é também nomeada na literatura e permite o deslocamento geográfico e proximidade relacional dos

agregados familiares e evita a formação de composições familiares (Sousa et al., 2004). Alguns consideram ainda que a importância e a existência futura de mau trato não é previsível, que é uma questão de sorte com os filhos. Tal supõe que para as pessoas idosas a educação dada não é garantia de um bom trato na velhice.

**Relativamente às representações dos maus-tratos a pessoas idosas por familiares**, os participantes definem os maus-tratos em termos de tipologias e a consideram a **violência verbal** uma das formas mais significativas de maus-tratos (84,2%), sendo que destes, 73,7% entendem-na como falta de respeito e compreensão e 21,1% por gritar e “chamar” nomes pejorativos. Este tipo de mau trato é referido na literatura, ainda que por vezes seja nomeado de abuso psicológico (Welfel, Danzinger, & Santoro, 2000). A manifestação desses comportamentos é normalmente interpretada pelos participantes como precursora de outros tipos de maus-tratos, nomeadamente “físicos” e de “desprezo”. Assim, torna-se imperativo permanecer atento a este tipo de comportamentos que, por vezes, não são reconhecidos pelos profissionais, mas apontam ser os mais valorizados pelas pessoas idosas. Apela-se ainda à necessidade de sensibilizar para este tipo de mau-trato na medida em que, só por si é lesivo, e é ainda considerado fator de risco de maus-tratos mais graves.

Os participantes consideram dois níveis de **negligência**: um menos grave (“desprezo”) e um mais grave (“abandono”), sendo que no “desprezo” é incluída a privação de direitos. O **desprezo** (68,4%), inclui “dar pouca atenção” e “ignorar as necessidades de cuidado”. Esta constatação supõe medo da solidão, necessidade da pessoa idosa de sentir-se amada, e preocupação em relação à satisfação das necessidades de higiene e alimentação. Quer as necessidades básicas quer as emocionais necessitam de resposta. Coloca-se a questão se os familiares têm consciência de que a resposta desadequada a qualquer uma delas constitui mau trato, o que por vezes poderá ser melhor esclarecido, se houver uma avaliação adequada no domicílio por um profissional com formação em gerontologia. Os dados encontrados vão ao encontro da literatura, onde são nomeadas a negligência física (Welfel et al., 2000; White, 2000) e psicológica (White, 2000), que são entendidas pelos participantes como “desprezo”. O “abandono” pode ser interpretado como abuso psicológico ou negligência psicológica (Welfel et al., 2000; White, 2000). Os participantes entendem-no como uma forma de negligência.

Os participantes referem que os familiares esquecem-se que também irão envelhecer, e interpretam o desprezo, sobretudo pelos mais jovens, como falta de



valores. Esta atitude de evitamento pelos familiares pode estar relacionada com a ansiedade causada em lidar com o envelhecimento e a morte (Nelson, 2011; Oliveira, 2012a). O apoio profissional no domicílio para encontros terapêuticos onde os familiares possam partilhar as suas inquietações sobre como perspectivam a vida, o envelhecimento e a morte, pode ajudar na diminuição da ansiedade. De acordo com Ardel (2007) e Oliveira (2012) em geral a intervenção espiritual ajuda a confrontar-se melhor com o mau-estar psicológico e com a ansiedade face à morte, desde que seja vivida de uma forma interiorizada e não de forma meramente exterior. Assim, o diálogo com um orientador espiritual e/ou religioso e a vivência espiritual em comunidade, não só do familiar como da pessoa idosa, podem também ser recursos de proteção contra a ansiedade associada a pensamentos de mortalidade.

Nos encontros terapêuticos no domicílio a partilha das motivações é também uma estratégia para ajudar os familiares a identificar as fontes de satisfação na prestação de cuidados, de modo a diminuir o stress negativo; e desenvolver oportunidades de incrementar as satisfações que derivam da relação de cuidado (Ekwall & Hallberg, 2007; Figueiredo, 2007). Os cuidadores que não conseguem encontrar qualquer tipo de satisfação na tarefa de cuidar encontram-se em maior risco de depressão, de institucionalizar a pessoa idosa mais cedo do que outros cuidadores ou, no limite, prestar mau trato (Figueiredo, 2007).

O “**abandono**” (42,1%) foi o tipo de mau trato que mais revolta causou nos participantes. No “desprezo”(68,4%) e sobretudo no “abandono”, a pessoa idosa é ignorada, o que a pode levar a abdicar da sua dignidade e a autonegligenciar o seu cuidado. Segundo o INE (2012b) muitas pessoas idosas vivem sozinhas (cerca de 10,06% a nível nacional e 8,82% no distrito de Aveiro), tal como comprovam as características dos participantes do estudo. Este indicador coincide com um dos fatores de risco de autonegligência, o que justifica a preocupação atual com estes casos. Contudo apenas um participante faz referência à autonegligência.

A **exploração económica** também é indicada como forma de mau-trato (47,4%) e entendida como resultado da “ganância” e de problemas económicos dos filhos, o que corrobora com os resultados do estudo de Welfel et al. (2000). O agressor pode usar a sua posição de confiança através da manipulação psicológica ou deturpação (Conrad et al., 2011). Assim, salienta-se a importância de programas que apostem no envelhecimento ativo das pessoas idosas, para o seu bem-estar físico, social e mental, para que percebam o seu potencial e participem da sociedade de modo a que não se

sintam inúteis, melhorem a sua autoestima e assim não se deixem manipular (WHO, 2002).

A **agressão física** é nomeada por 57,9 %, sendo em geral associada ao ato de “bater” (42,1%), possivelmente por esta manifestação gerar uma imagem mental mais violenta ou por não associarem outros aspetos a mau trato físico. Este tipo de mau trato também é nomeado na literatura (Welfel et al., 2000; WHO/INPEA, 2002).

O abuso por medicação e o abuso sexual são mencionados na literatura (Loue, 2001; Paulos, 2007; Welfel et al., 2000), mas apenas um ou nenhum participante os nomeiam, respetivamente. Este aspeto poderá estar relacionado com: i) dificuldade, no momento de entrevista, em falar de um tema tão delicado como os maus-tratos; ii) falta de consciência de que essas situações envolvem comportamentos destrutivos para a pessoa idosa, nomeadamente o abuso por medicação; iii) representação de que não ocorrem com as pessoas idosas, nomeadamente o abuso sexual.

**Quanto aos fatores de risco de maus-tratos, tal como proposto pela literatura, são consideradas: i) as caraterísticas do cuidador; ii) da pessoa idosa; iii) da relação familiar; iv) da sociedade** (Erlingsson et al., 2003; Ferreira-Alves, 2005; Krug et al., 2002; Walsh & Yon, 2012).

Tal como sugere a literatura os participantes entendem que o abuso físico e verbal estão mais relacionados com a qualidade da relação e as caraterísticas do cuidador (as cited in Walsh & Yon, 2012, p. 109). Quanto ao abandono e abuso financeiro, ainda que a literatura considere que são as caraterísticas da pessoa idosa que determinam o mau trato (as cited in Walsh & Yon, 2012, p. 109), os participantes nomeiam as caraterísticas do cuidador. Parece que é difícil para a pessoa idosa conceber que as suas caraterísticas possam ser preditivas de abandono e abuso financeiro. Possivelmente nessas situações ela revê-se em desvantagem de poder perante a família, por isso, ao considerar essa condição, desculpabiliza a pessoa idosa e responsabiliza o cuidador.

Os participantes entendem as caraterísticas dos cuidadores como mais preditivas de mau trato, tal como sugere Anetzberger (2000). Destaca-se também a referência por muitos (52,6%) à personalidade da pessoa idosa, nomeadamente quando possui contornos conflituosos. Desta análise destaca-se a leitura da pessoa idosa como agente passivo, vítima de mau trato, e uma segunda leitura da pessoa idosa como “culpada” pelo mau trato devido à sua personalidade.

As referências a maus-tratos centram-se nos filhos e, por vezes, nos netos; os conjugues raramente são referidos. Em termos de literatura os estudos referem que os maus-tratos ocorrem sobretudo por filhos adultos, parceiros íntimos ou cônjuges (APAV, 2013a; Walsh & Yon, 2012). Os sentimentos de revolta e tristeza provocados por alusão à ausência de reciprocidade filial são significativos (26,3%), nomeadamente a “ingratidão” dos filhos em relação à dedicação e sacrifícios dos pais durante a vida. Daqui depreende-se que o valor simbólico associado à reciprocidade filial entre as pessoas idosas e os filhos as afeta particularmente, quando comparado com os conjugues.

Os participantes consideram a “pouca formação do cuidador” a nível individual e/ou valores (52,6%) e os baixos rendimentos (42,1%) como os fatores de risco relacionados com as **caraterísticas do cuidador(i)** mais relevantes. As famílias de baixos rendimentos são também associadas pelas pessoas idosas à falta de formação individual. Depreende-se assim um maior foco na formação individual do que técnica como fator de risco de mau trato.

Os respondentes reconhecem ainda os conflitos antigos mal resolvidos pelo cuidador (21,1%), a má gestão económica, consumo excessivo de álcool ou abuso de substâncias pelos familiares (15,8%) e o desgaste da tarefa cuidar (15,8%) como fatores de risco de mau trato. Relativamente aos conflitos antigos mal resolvidos os estudos também sugerem que a qualidade da relação anterior dos envolvidos quando negativa leva a comportamentos violentos (Krug et al., 2002; Penhale, 1999; Williamson & Shaffer, 2001). Em relação à existência de comportamentos irrefletidos por parte do cuidador como fator de risco de mau trato, a maioria dos estudos mostram haver uma forte associação entre maus-tratos às pessoas idosas, problemas de personalidade e problemas associados ao álcool (Homer & Gilleard, 1990; O’Leary, 1993; Reay & Browne, 2001). Quanto ao desgaste da tarefa de cuidar, atualmente as pesquisas não descuram o efeito do stress no cuidado, mas entendem-no no contexto global da qualidade da relação como efeito causal (Krug et al., 2002). Este aspeto supõe que, por vezes, a aparente falta de formação individual e desgaste do familiar pode resultar de uma relação com pouca qualidade, em que há necessidade de reforçá-la e, por vezes, até de resolver conflitos antigos.

Quanto às **caraterísticas da pessoa idosa(ii)** os respondentes focam: **1)** a elevada dependência física (31,6%); **2)** o facto de possuir muitos ou poucos recursos

económicos (26,3%); **3)** e a personalidade conflituosa (36,8%) e ainda **4)** o facto de a pessoa idosa não ter educado os filhos com valores adequados (10,5%)

A “**elevada dependência**”(1) da pessoa idosa é considerada pelos participantes um fator de risco, pois entendem que os cuidadores passam a *olhá-la* como inútil. Por vezes o descrédito na pessoa idosa pela associação à inutilidade ocorre pelos próprios participantes. A literatura tem vindo a negar que o mau trato está mais associado a pessoas idosas em situações de dependência (Krug et al., 2002; M. C. S. Minayo, 2003). Possivelmente, os cuidadores ficam mais exaustos devido à exigência do cuidado e, ao mesmo tempo, o feedback da pessoa idosa também diminui, o que aumenta a distância na relação.

Quanto à presença de **recursos económicos**(2) como fator de risco, se presentes é feita associação à exploração económica, se não, é feita associação ao “abandono”, o que corrobora com o estudo de Welfel et al. (2000).

Os participantes privilegiam a obrigação moral dos filhos de cuidar, de reconhecer o cuidado que os pais já lhes prestaram; ao mesmo tempo reconhecem que se a pessoa idosa pela sua **personalidade é conflituosa**(3), isso torna mais propício o mau trato. Segundo Figueiredo (2007) a evidência disponível acerca da mudança/estabilidade da personalidade devido ao processo de envelhecimento indica uma tendência para a estabilidade com o passar do tempo, no âmbito da abordagem dos traços (Figueiredo, 2007). Assim, torna-se necessário desmistificar a imagem que as pessoas idosas têm em relação aos elementos da sua faixa etária. Os profissionais de saúde têm também algumas ideias idadistas em relação às pessoas idosas (Cerqueira, 2010). Assim, entende-se que o conhecimento da personalidade anterior da pessoa idosa pelos profissionais pode ajudar a compreender a personalidade e a relação familiar atual.

O facto de a pessoa idosa não ter educado os filhos com valores adequados é menos valorizado em relação à maioria dos fatores de risco considerados. Contudo a literatura revela que o abuso muitas vezes resulta da continuação de um padrão familiar disfuncional (Ferreira-Alves, 2005).

Quanto às características da **relação familiar** (iii) é nomeada a falta de compreensão mútua (36,8%) e o isolamento social da família (5,3%). A falta de compreensão que é nomeada por choque de personalidades pode também resultar de uma diferença de mentalidades que exige alguma flexibilidade e cedências de ambos.

Ainda que pouco referido a literatura aponta o isolamento social como fator significativo na previsão de mau trato (Ferreira-Alves, 2005; Krug et al., 2002; Pillemer & Suitor, 1992).

A **nível social (iv)**, os participantes reconhecem a influência da mudança, sobretudo do ritmo de vida mais acelerado, crise económica, aumento da distância entre a família e falta de emprego como causas de dificuldades em prestar a atenção adequada à pessoa idosa e, por vezes, como causa de mau trato. Esta dificuldade das famílias em corresponder ao desejado para garantir o bem estar da pessoa idosa questiona acerca da compatibilidade entre o modelo de vida atual, os desafios do envelhecimento, e possíveis soluções.

Em termos de serviços sociais, têm vindo a ser atribuídas características negativas aos serviços e equipamentos que prestam serviços às pessoas idosas, como a tendência para a “clausura”, a rigidez e a fraca participação das pessoas idosas (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2002, p. 30). Neste contexto urge melhorar a acessibilidade e qualidade dos lares, Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, Serviços de Descanso ao Cuidador e outros e a qualidade de acompanhamento que é dada às pessoas idosas em cada uma dessas respostas.

Os participantes *olham* os lares como último recurso da família ou como forma de se livrarem de um “estorvo”(26,3%), a preocupação da sociedade atual com as pessoas idosas e o aspeto positivo de permitir a algumas pessoas idosas escapar a situações de mau trato. As diferentes representações dos participantes refletem por um lado a repulsão pela institucionalização (sentimento de abandono) e por outro o senso de proteção. Na realidade verifica-se a preocupação das famílias em não recorrer à institucionalização; essa opção surge como última possibilidade (Figueiredo, 2007). No entanto, deve-se considerar que em algumas situações sociais e clínicas o lar é a melhor opção.

A consciência de que existem situações de maus-tratos a pessoas idosas provoca nos participantes principalmente o **sentimento** de revolta e alguma tristeza e compaixão. A representação que têm da realidade dos maus-tratos inquieta-os. O **comportamento** mais exprimido é a vontade de educar os familiares das pessoas idosas que sofrem maus-tratos (52,6%). A denúncia perante o conhecimento de situações de mau trato foi referida apenas por dois participantes (10,5%). Ainda que haja inquietação pelo tema, esta parece não mobilizar a atos concretos de denúncia, no entanto esta questão não foi muito explorada.

## **Limites e perspectivas de pesquisa**

Relativamente às características deste estudo, será importante alargar a outros contextos pois as representações sociais são influenciadas pelo contexto sociocultural em que os participantes estão inscritos.

A principal limitação centra-se no tamanho da amostra que não permite a generalização dos resultados para a população idosa em geral. Uma amostra maior permitiria compreender mais claramente quais as representações da população em estudo e realizar comparações entre homens e mulheres, pessoas idosas residentes no meio rural e urbano, de diferentes classes sociais, entre outros.

## **2. CONCLUSÃO**

Neste estudo podemos concluir que quando as pessoas idosas sentem um *olhar* de desvalorização da sociedade atribuem em parte a responsabilidade às pessoas idosas devido às suas características de personalidade conflituosa. Acontece que as representações negativas das pessoas idosas em relação à forma como a sociedade as *olha* está associada ao aumento dos comportamentos agressivos (McDonald & Collins, 2000), o que reforça os estereótipos sociais e familiares e aumenta o risco de maus-tratos.

Relativamente à importância das pessoas idosas na família, consideram que muitas são desvalorizadas por falta de reconhecimento da sua utilidade, e acabam por constituir um peso na família. Um total de 26,3 % não entende a obediência e a negação de opinião à pessoa idosa como abuso de poder pelos familiares.

O apoio financeiro e prático é também nomeado e traduzido numa representação de reciprocidade e complementaridade familiar.

Relativamente aos vários tipos de maus-tratos, a agressão verbal e a negligência são entendidas como as formas mais significativas de maus-tratos. A agressão verbal é normalmente interpretada pelas pessoas idosas como precursora de outros tipos de maus-tratos, nomeadamente “físicos” e de “desprezo”. Assim, torna-se imperativo os profissionais permanecerem atentos às ocorrências de agressão verbal.

As pessoas idosas consideram dois níveis de negligência (84,2%): um menos grave (“desprezo”)(68,4%) e um mais grave (“abandono”)(47,3%). O “desprezo” inclui negligência física e/ou psicológica.

Referem ainda a agressão física que associam ao acto de “bater”.

Verificou-se também a alusão à exploração económica. Por um lado entendem a generosidade para com os filhos como um dever, por outro sentem revolta pela ganância dos familiares. Apontam também como causa de exploração os problemas económicos da atualidade.

De todos os tipos de maus-tratos o “abandono” foi o gerador de mais revolta.

A violência sexual não é reconhecida pelas pessoas idosas o que leva a crer que consideram que ela não ocorre.

Relativamente aos fatores de risco as pessoas idosas entendem as características dos familiares como mais preditivas de maus-tratos. Contudo, destaca-se a leitura da pessoa idosa como agente passivo, vítima de mau trato, e uma segunda leitura da pessoa idosa como “culpada” pelo mau trato devido à sua personalidade conflituosa.

Concluiu-se que o valor simbólico associado à reciprocidade filial entre as pessoas idosas e os filhos as afeta particularmente, quando comparado com os conjugues, mais concretamente, a “ingratidão” dos filhos em relação à dedicação e sacrifícios dos pais durante a vida.

Quanto às características do cuidador como fatores de risco de mau trato mais relevantes as pessoas idosas consideram a pouca formação individual e os baixos rendimentos. Verifica-se assim um maior foco na falta de formação individual do que técnica como fator de risco de mau trato.

Reconhecem ainda os conflitos antigos mal resolvidos, a má gestão económica, consumo excessivo de álcool ou abuso de substâncias pelos familiares e o desgaste da tarefa de cuidar.

Relativamente às características da pessoa idosa, consideram a elevada dependência, o facto de possuir muitos ou poucos recursos económicos, personalidade conflituosa, e ainda o facto de não terem educado os filhos com valores adequados. De salientar a importância de desmistificar a imagem “personalidade conflituosa” que as pessoas idosas têm em relação aos elementos da sua faixa etária.

Concluiu-se ainda que as pessoas idosas entendem a falta de compreensão mútua como um fator de risco determinante de maus-tratos assim como as mudanças do ritmo da vida atual.

As representações sociais das pessoas idosas encontradas são necessárias não só para moldar a definição formal de maus-tratos, como também para orientar o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e desenvolver esforços de educação

social, como estratégias de prevenção e incitar à mudança das políticas de intervenção social.

Estudos posteriores poderão explorar as representações sociais de participantes que sofrem maus-tratos, em relação aos maus-tratos, em diferentes contextos socioculturais. Seria ainda interessante compreender o conceito de qualidade de vida desta população em relação a pessoas idosas que não sofrem mau trato.

O recurso a uma metodologia baseada em narrativas de histórias de vida, ainda que exija preparação por constituir uma abordagem delicada, permitiria um melhor entendimento da realidade dos maus-tratos.

A recolha de dados junto de familiares e profissionais seria também uma mais valia por permitir comparar as suas representações com as de pessoas idosas.



## BIBLIOGRAFIA

- Abrams, R. C., Lachs, M., McAvay, G., Keohane, D. J., & Bruce, M. L. (2002). Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *The American journal of psychiatry*, 159(10), 1724–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359679>
- Abreu, A., & Peixoto, J. (2009). Demografia , mercado de trabalho e imigração de substituição : tendências , políticas e prospectiva no caso português \*\*\*, *XLIV*(193), 719–746.
- Anetzberger, G. J. (2000). Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Academic Journal*, 24(2), 46–50.
- APAV. (2013a). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2012*. Retrieved from [www.apav.pt/estatisticas](http://www.apav.pt/estatisticas)
- APAV. (2013b). *Estatísticas APAV - Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência (2000-2012)* (p. 1). Retrieved from [www.apav.pt/estatisticas](http://www.apav.pt/estatisticas)
- Araujo, M. (2008). A Teoria das Representações Sociais e a Pesquisa Antropológica. *Revista Hospitalidade, Ano V, nº2*, 98–119.
- Ardelt, M. (2007). The importance of religious orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 19(4), 61–79.
- Arruda, A. (2002, November). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa, nº117*, (117), 127–147. doi:10.1590/S0100-15742002000300007
- Borrvalho, O. I. A. (2010). *Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. Universidade de Coimbra.
- Bristowe, E., & Collins, J. (1989). Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1, 45–54.
- Brozowski, K., & Hall, D. R. (2004). Growing Old in a Risk Society : Elder Abuse in Canada Growing. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16, 37–41.
- Burnett, J., Regev, T., Pickens, S., Prati, L., Lmsw, I. I., Aung, K., Moore, J., et al. (2008). Social Networks : A Profile of the Elderly Who Self- Neglect. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18(4), 35–49. doi:10.1300/J084v18n04
- Butler, R. (1969). Age-Ism: Another Form of Bigotry. Retrieved from [http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/4\\_Part\\_1/243.extract](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/4_Part_1/243.extract)

- Cabanas, J. (1999). Socialización y terceira edad. In S. Yubero, J. Latorre, J. Montañés, & E. Larrañaga (Eds.), *Envejecimiento, sociedad y salud* (pp. 43–58). Cuenca, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla - La Mancha.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Bras Enfermagem, Brasília*, 57(5), 611–614.
- Caporalet, L. R., & Culbertson, G. H. (1986). Verbal response modes of baby talk and other speech at institutions for the aged. *Language and Communication*, 6, 99–112.
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice - Um estudo na população portuguesa*.
- Conrad, K. J., Iris, M., Ridings, J. W., Fairman, K. P., Rosen, A., & Wilber, K. H. (2011). Conceptual model and map of financial exploitation of older adults. *Journal of elder abuse & neglect*, 23(4), 304–25. doi:10.1080/08946566.2011.584045
- Cox, H. G. (2006). *Later Life: The realities of aging* (6<sup>a</sup> edição.). New Jersey: Pearson, Prentice-Hall.
- Day, M. R., Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2013). Perceptions and views of self-neglect: a client-centered perspective. *Journal of elder abuse & neglect*, 25(1), 76–94. doi:10.1080/08946566.2012.712864
- Degen, C. (2007). Minding the gap: The construction of old age and oldness amongst peers. *Journal of Aging Studies*, 21(1), 69–80. doi:10.1016/j.jaging.2006.02.001
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1–17). London: Sage.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos.
- Dias, Isabel. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 33–61.
- Ekwall, A. K., & Hallberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of clinical nursing*, 16(5), 832–44. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01382.x
- Erlingsson, C. L. (2007). Searching for Elder Abuse : A Systematic Review of Database Citations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 19, 37–41. doi:10.1300/J084v19n03
- Erlingsson, C. L., Carlson, S. L., & Saveman, B. (2003). Elder Abuse Risk Indicators and Screening Questions : Results from a Literature Search and a Panel of Experts from Developed and Developing Countries. *Journal of elder abuse & neglect*, 15, 185–203. doi:10.1300/J084v15n03

- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2007). Prevalence of elder abuse: a systematic review. *Revista Saúde Pública*, 41(2), 301–306.
- Estrada, J. D. R. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. *Colección documentos de acción social, serie personas mayores*.
- Fernandes, R. (2011). *Representações Sociais dos Idosos acerca dos Maus Tratos*. Universidade de Ciências Sociais - Centro regional de Braga.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus tratos. In R. Abrunhosa & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp. 1–41). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, D. M. P. (2007). *Prestação Familiar de Cuidados a Idosos dependentes com e sem demência*. Universidade de Aveiro.
- Filho, J. B. L. (n.d.). Espiritualidade na terceira idade: A importância Médico-Geriátrica. Retrieved from [http://www.paroquiasaobenedito.org.br/vida\\_crista/terceiridade/espiritualidade.html](http://www.paroquiasaobenedito.org.br/vida_crista/terceiridade/espiritualidade.html)
- Fonseca, A. M. (2006, April). O envelhecimento: algumas questões da bioética. *Cadernos de Bioética*, Ano 17, nº40, 105–128.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B., & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297–304. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14728644>
- Giles, H., & Reid, S. a. (2005). Ageism Across the Lifespan: Towards a Self-Categorization Model of Ageing. *Journal of Social Issues*, 61(2), 389–404. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00412.x
- Giurani, F., & Hasan, M. (2000). Abuse in elderly people: the Granny Battering revisited. *Archives of gerontology and geriatrics*, 31, 215–220. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154776>
- Gouveia, C., & Batista, M. (2007). Teorias sobre a motivação - teorias de conteúdo.
- Grainger, K., Atkinson, K., & Coupland, N. (1990). Responding to the elderly: Troubles-talk in the caring context. In H. Giles, N. Coupland, & J. Weimann (Eds.), *Communication health and the elderly* (pp. 192–212). Manchester, UK: Manchester University Press.
- HelpAge, & UNFPA. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio* (pp. 3–4).

- Homer, A. C., & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359–1362.
- Hudson, M. (1991). Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 3(2), 1–20. doi:10.1300/J084v03n02\_01
- INE. (1975). INE. *Censos - População e alojamentos por lugares - 1970*. Retrieved May 17, 2013, from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=66632414&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=66632414&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)
- INE. (1999). As Gerações mais Idosas. *Série de Estudos n.º 83*. Lisboa.
- INE. (2008, November). Revista de Estudos Demográficos. *n.º 44*, 1–2.
- INE. (2009, March). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060, 1–5.
- INE. (2012a). INE. *Censos 2011 (Dados Definitivos) - Alojamentos familiares de residência habitual e cujos residentes são apenas pessoas com 65 ou mais anos de idade, segundo o número de residentes*. Retrieved May 14, 2013, from [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos\\_quadros](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros)
- INE. (2012b). Censos 2011. *Proporção de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos de idade (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011)*. Retrieved November 11, 2013, from [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006973&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006973&contexto=bd&selTab=tab2)
- Instituto para o Desenvolvimento Social. (2002). *Prevenção da Violência Institucional Perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência* (pp. 1–33).
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. *Les représentations sociales* (pp. 31–61). Paris: PUF.
- Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. In T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129–161). Cambridge: IT Press.
- Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: a review. *Annals of emergency medicine*, 30(4), 463–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9326861>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health* (pp. 125–145). Geneva: World Health Organization.

- Lacks, M. S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and Neglect of Elderly Persons. *The New England Journal of Medicine*, 332(7), 437–443.
- Loue, S. (2001). Elder abuse and neglect in medicine and law. The need for reform. *The Journal of legal medicine*, 22(2), 159–209. doi:10.1080/019476401750365174
- Magalhães, C. (2012). A problemática acerca dos estereótipos acerca das pessoas idosas. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia para Cuidadores de idosos* (pp. 93 – 98). Viseu: PsicoSoma.
- Mathur, A., & Moschis, G. P. (2005). Antecedents of cognitive age: A replication and extension. *Psychology and Marketing*, 22(12), 969–994. doi:10.1002/mar.20094
- McDonald, L., & Collins, A. (2000). *Abuse and Neglect of Older Adults : A Discussion Paper* (pp. 1–36). Ontario.
- Minayo, M. C. (1994). O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In P. Guarechi & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2003). Violência contra idosos : relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 783–791.
- Montorio, I., Colodrón, M., Baltar, A., & Trocóniz, M. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. *Revista Multidisciplinar de gerontologia*, 12(1139-0921), 61–71.
- Mosqueda, L., Brandl, B., Otto, J., Stiegel, L., Thomas, R., & Heisler, C. (2008). CREST Research : Advancing the Field for Practitioners. *Journal Am Geriatric Soc.*, 56, 1–8. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01981.x.CREST
- Nacional Center of Elder Abuse, . (2005). Fact Sheet - Elder Abuse Prevalence and Incidence. Washington,DC. Retrieved from <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/FinalStatistics050331.pdf>
- Naciones Unidas. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Madrid.
- Nelson, T. D. (2004). *Ageism - Stereotyping and prejudice against older persons*. MIT Press.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207–221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x
- Nelson, T. D. (2011). Ageism: The Strange Case of Prejudice Against the Older You. In R. L. Wiener & S. L. Willborn (Eds.), *Disability and Aging Discrimination* (pp. 37–48). New York, NY: Springer New York. doi:10.1007/978-1-4419-6293-5

- O'Leary, K. D. (1993). Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. In R. G. Gelles & D. R. Loeske (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 7–30). Thousand Oaks, Califórnia: Sage.
- Oliveira, J. H. B. (2012a). Espiritualidade e Religião do Idoso. *Psicologia do idoso - Temas Complementares* (2ª edição., pp. 21–37). Porto: Livpsic.
- Oliveira, J. H. B. (2012b). Aspectos psicossociais da terceira idade. *Psicologia do idoso-Temas Complementares* (2ª edição ., pp. 59–74). Porto: Livpsic.
- Paulos, C. (2007). *A percepção de maus tratos em idosos institucionalizados*. Universidade de Lisboa.
- Penhale, B. (1999). Bruises on the Soul : Older Women , Domestic Violence , and Elder Abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 11(1), 1–22. Retrieved from [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J084v11n01\\_01#.UfqHSo3qmuI](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J084v11n01_01#.UfqHSo3qmuI)
- Perel-Levin, S. (2008). Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level. *WHO*. Retrieved from [http://www.who.int/ageing/publications/Discussing\\_Elder\\_Abuseweb.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf)
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51–57.
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47, 165–175.
- Reay, A. M. C., & Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & Mental Health*, 5(1), 56–62. doi:10.1080/13607860020020654
- Reichenheim, M. E. (2006). A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly, 22(6), 1137–1149.
- Reis, M. (2000). The IOA Screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *American Society on Aging*, 24(2), 14.
- Rn, J. M. D., & Jogerst, G. (2008). Statute Definitions of Elder Abuse Statute Definitions of Elder Abuse, (October 2012), 37–41.
- Rocha, G. (2013). Diálogo Intergeracional- Avós e Netos. *Humanizar a Sociedade, Responsabilidade de Todos - Contributo dos mais Vulneráveis - Ensaio, propostas e testemunhos* (1ª edição., pp. 215–32). Lisboa: Cáritas Editora.
- Sanmartín, A. R., Torner, J. A., Martí, N. P., Izquierdo, P. D., Solé, M. C., & Torrellas, N. R. (2001). Violencia doméstica : prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5), 331–334.
- Serviço de Estudos sobre a População. (2002). Population Ageing in Portugal: Recent demographic and socio-economic situation of older persons, 1, 189.

- Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and world-views. In N. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 91–159). New York: Academic Press.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar, Coleção Idade do Saber.
- Sousa, L., Patrão, M., & Vicente, H. (2011). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida.
- Takeda, Y., Kawachi, I., Yamagata, Z., Hashimoto, S., Matsumura, Y., Oguri, S., & Okayama, A. (2004). Multigenerational family structure in Japanese society: impacts on stress and health behaviors among women and men. *Social science & medicine* (1982), 59(1), 69–81. doi:10.1016/j.socscimed.2003.10.003
- Tierney, M. C., Charles, J., Naglie, G., Jaglal, S., Kiss, A., & Fisher, R. H. (2004). Risk factors for harm in cognitively impaired seniors who live alone: a prospective study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(9), 1435–41. doi:10.1111/j.0002-8614.2004.52404.x
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais* (pp. 145–152). Atlas.
- Vicente, H. T., & Sousa, L. (2007). Família Multigeracional: Estruturas típicas. Contributo para a avaliação do sistema familiar. *Psychologica*, nº46, 143–166.
- Walsh, C. a, & Yon, Y. (2012). Developing an empirical profile for elder abuse research in Canada. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(2), 104–19. doi:10.1080/08946566.2011.644088
- Welfel, E. R., Danzinger, P. R., & Santoro, S. (2000). Mandated Reporting of Abuse/Maltreatment of Older Adults: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 78(3), 284–292. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01909.x
- White, S. W. (2000). Elder abuse: Critical care nurse role in detection. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23(2), 20–25.
- WHO. (2002a). *Active Ageing: A policy Framework*. Madrid.
- WHO. (2002b). *Active Aging: a policy framework*. Madrid.
- WHO. (2011). *Relatório Europeu de Prevenção Contra os Maus Tratos*. Copenhaga.
- WHO/INPEA. (2002). *Missing Voices - Views of older persons on elder abuse*. Geneva.
- Willamson, G. M., & Shaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16(2), 217–226.

Wolf, R. S. (2000). The Nature and Scope of Elder Abuse. *Generations*, 24, 6–12.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – “Índice de Barthel”

N.º do Processo Clínico

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONFIDENCIAL

### ÍNDICE DE BARTHEL - ESCALA FUNCIONAL

#### 1. ALIMENTAÇÃO

(marque com um círculo)

- Independente ..... ☐ 10
- Precisa de alguma de ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) ..... ☐ 5
- Dependente ..... ☐ 0

#### 2. TRANSFERÊNCIAS

(marque com um círculo)

- Independente ..... ☐ 15
- Precisa de alguma de ajuda ..... ☐ 10
- Necessita de ajuda de outra pessoa, mas consegue sentar-se ..... ☐ 5
- Dependente, não tem equilíbrio sentado ..... ☐ 0

#### 3. TOILETE

(marque com um círculo)

- Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes ..... ☐ 5
- Dependente, necessita de alguma ajuda ..... ☐ 0

#### 4. UTILIZAÇÃO DO WC

(marque com um círculo)

- Independente ..... ☐ 10
- Precisa de alguma ajuda ..... ☐ 5
- Dependente ..... ☐ 0

#### 5. BANHO

(marque com um círculo)

- Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) ..... ☐ 5
- Dependente, necessita de alguma ajuda ..... ☐ 0

#### 6. MOBILIDADE

(marque com um círculo)

- Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortoses) ..... ☐ 15
- Caminha menos do que 50 metros, com pouca ajuda ..... ☐ 10
- Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas ..... ☐ 5
- Imóvel ..... ☐ 0

**7. SUBIR E DESCER ESCADAS**

(marque com um círculo)

Independente, com ou sem ajudas técnicas..... ☐ 10

Precisa de ajuda..... ☐ 5

Dependente..... ☐ 0

**8. VESTIR**

(marque com um círculo)

Independente..... ☐ 10

Com ajuda..... ☐ 5

Impossível..... ☐ 0

**9. CONTROLO INTESTINAL**

(marque com um círculo)

Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar..... ☐ 10

Acidente ocasional (uma vez por semana)..... ☐ 5

Incontinente ou precisa de uso de clisteres..... ☐ 0

**10. CONTROLO URINÁRIO**

(marque com um círculo)

Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho ..... ☐ 10

Acidente ocasional (máximo, uma vez por semana) ..... ☐ 5

Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho ..... ☐ 0

<b>TOTAL</b> .....	
--------------------	--

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo 2 – Questionário Sócio – Demográfico

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

**Código de identificação:** \_\_\_\_\_

**Data de recolha de dados:** \_\_\_\_\_

#### Dados sociodemográficos

1. **Sexo:** Feminino ☐ (f)      Masculino ☐ (m)

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r)    Urbana ☐ (u)

4. **Estado civil:**

Solteiro ☐ (s)

Casado(a)/união de facto ☐ (c)

Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)

Viúvo(a) ☐ (v)

5. **Reformado(a)?**

Sim ☐ (s)      Não ☐ (n)

6. **Anos de educação formal:** \_\_\_\_\_

7. **Com quem vive?**

Sozinho ☐ (s)

Em casal ☐ (c)

Com família alargada ☐ (f)

Em instituição ☐ (i)

Outra situação ☐ (o) Qual?

\_\_\_\_\_

### **Anexo 3 – Entrevista Semi-Estruturada**

#### **ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

##### **Imagem da pessoa idosa:**

1. À sua volta, como acha que as pessoas olham para o idoso?
2. Acha que as pessoas pensam que os idosos são capazes de se orientarem e de tomar as próprias decisões?
3. Consegue dar-me exemplos de situações em que o idoso é desvalorizado?
4. E situações em que é valorizado?
5. Acha que um idoso é alguém com quem as pessoas gostam de conviver?

##### **Importância da pessoa idosa na família:**

6. Quanto ao papel do idoso na família... Para si, em que é que acha que o idoso é importante para a família?
7. E que papel é que acha que o idoso deveria ter na família?

##### **Tipos e fatores de risco de maus-tratos:**

8. O que significa para si mau trato?
9. Consegue dar-me exemplos de diferentes tipos de maus-tratos que podem ser realizados pelos familiares?
10. O que acha que pode levar um familiar a realizar cada uma dessas formas de mau trato?
11. Acha que é muito frequente o mau-trato por parte dos familiares?

##### **Sentimentos e comportamentos relativos aos maus-tratos:**

12. Ao falar-lhe de maus-tratos por familiares a idosos que sentimentos lhe provoca?
13. Que atitude lhe apetece ter perante isso?

**Anexo 4** - Protocolo de estudo enviado para a Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

### **Protocolo de estudo:**

O estudo proposto assenta no tema das representações sociais de pessoas idosas com mais de 60 anos inseridas em contexto familiar relativas aos maus-tratos. O tema surge pelo facto de este ser um domínio da investigação ainda pouco explorado em Portugal.

No atual contexto social deparamo-nos com elevada prevalência de maus-tratos sendo este um problema que há necessidade de compreender.

Colocam-se as seguintes perguntas de investigação:

- Quais as representações sociais dos idosos em relação aos maus-tratos em contexto familiar?
- Existe associação das variáveis sociodemográficas e do estado funcional com o tipo de representação social?

A resposta às perguntas de investigação permitirá uma melhor compreensão das representações sociais dos idosos relativamente a maus-tratos em contexto familiar o que poderá contribuir para novas abordagens dos maus-tratos, e em termos práticos como fundamento a novas estratégias de prevenção e de intervenção social.

Como objetivo geral este estudo pretende fundamentalmente explorar, compreender e analisar os significados dos maus-tratos contra as pessoas idosas.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar a pessoa idosa do ponto de vista sociodemográfico e funcional;
- Identificar a representação social da pessoa idosa relativamente aos maus-tratos;
- Identificar os tipos e fatores de risco reconhecidos pela pessoa idosa que levem a maus-tratos;
- Analisar os sentimentos relativos aos maus-tratos pela pessoa idosa;
- Analisar o contributo da comunicação social na divulgação dos maus-tratos à pessoa idosa;

- Analisar a relação das variáveis sociodemográficas e de estado funcional dos idosos da amostra com o tipo de representação social.

Relativamente à metodologia usada o assunto em estudo assume um carácter subjetivo, como tal será principalmente objeto de uma investigação qualitativa, neste caso a fenomenologia, na medida em que se pretende estudar a significação de um fenómeno particular. Recorre-se também à metodologia quantitativa para análise das variáveis em estudo.

O desenho da investigação assume-se exploratório e correlacional, não estruturado e não experimental.

Relativamente à dimensão temporal de recolha de dados será transversal.

Como população alvo pretende-se estudar os utentes com mais de 60 anos inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados I (UCSP I) de Aveiro.

Na seleção da amostra estabelecem-se alguns critérios como sendo:

- Tamanho (25 a 30 aproximadamente, até que haja considerável saturação de dados);
- Distribuição semelhante por sexos e por faixas etárias (60-70 e mais de 70);
- Critérios de exclusão: estar sinalizado como vítima de mau - trato, estar institucionalizado, possuir défice cognitivo, aparentar ou possuir perturbação psiquiátrica, possuir afasia ou disartria, vivência noutro país durante tempo superior a 20 anos.

Os elementos da amostra são escolhidos por conveniência de deslocamento para a investigadora, na medida em que terão de estar inscritos à consulta médica na UCSP I. No entanto recorrer-se-á à técnica de amostragem probabilística de forma aleatória sistemática.

Como método de recolha de dados recorrer-se-á a alguns instrumentos: questionário para caracterização sociodemográfica, aplicação de teste standardizado (Índice de Barthel – Escala Funcional) e entrevista semi-estruturada elaborada para o estudo.

Será também realizada gravação dos dados.

Antes de iniciar a recolha de dados será realizado um teste piloto para aplicação da entrevista de modo a averiguar as suas qualidades psicométricas, realizando posteriormente as adaptações necessárias com vista a melhorar a qualidade da recolha.

A aplicação do questionário e do teste funcional permitirão caracterizar a amostra e averiguar se existem variáveis consideradas fatores de risco de maus-tratos na literatura que influenciam a representação positiva ou negativa dos maus-tratos pelos idosos.

O dados serão recolhidos no Centro de Saúde de Aveiro, num momento anterior ou após a consulta médica da pessoa.

Os métodos de recolha de dados respeitarão as considerações éticas como sendo: a aceitação da participação voluntária da pessoa idosa, a disponibilização do consentimento informado, a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade.

Relativamente aos procedimentos de tratamento e análise, os dados obtidos pelo questionário e testes aplicados serão usados para análise estatística.

De seguida proceder-se-á à transcrição do conteúdo das entrevistas, de modo a manter a fidelidade das informações, recorte em categorias e subcategorias e transposição sistemática dos dados com apoio do software Nvivo para posterior análise de conteúdo. Desta forma poder-se-á responder à primeira pergunta de investigação.

A posterior análise da correlação das variáveis sociodemográficas e de estado funcional dos idosos da amostra com o tipo de representação social permitirá responder à segunda pergunta de investigação.

A Investigadora:  
D<sup>a</sup> Graciete Luzes Henriques

A orientadora:  
D<sup>a</sup> Assunção Almeida

16 de Novembro de 2012



## **Anexo 5 – Consentimento Livre e Informado**

### **Consentimento Livre e Informado**

**Investigador:** Graciete Luzes Henriques

**Contacto telefónico:** 919472772

**Responsável pelo projeto:** Assunção Almeida (Universidade de Aveiro)

---

O envelhecimento populacional tem colocado questões sobre o bem estar do idoso, sobre as relações familiares e sobre a visão que o idoso tem da realidade, de modo a compreender as suas reais necessidades.

Neste sentido, estamos a desenvolver um estudo em que precisamos que responda a um questionário que demora cerca de 5 minutos a ser preenchido, e em que participe numa entrevista relacionada com a visão que tem sobre o tema dos maus-tratos familiares a idosos.

Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário nem na entrevista, qualquer eventual referência será substituída por códigos. A gravação será destruída no final do estudo. Apenas ficarei com a transcrição da entrevista, mantendo o seu anonimato.

A sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes. Os seus registos médicos não serão afetados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à coordenadora do projeto (ver os contatos no início da folha).

#### **Declaro que:**

☐ Não aceito participar

☐ Aceito participar

- Assinatura do participante \_\_\_\_\_
- Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_
- Assinatura do investigador \_\_\_\_\_
- Consentimento verbal ☐

**Data:**.....